

Original Article

Evaluation of Challenges of the Psychiatric Disorders Identification Program in Urban Health Centers: A Study Based on the CIPP Model

Shabnam Mokhayeri¹, Maryam Mohseny², Mohammadreza Ghaffarzadeh Razaghi³,
Alireza Abadi⁴, Hadi Asefi⁵, Ayad Bahadorimonfared^{6*}

¹ Clinical Resident, Department of Community and Family Medicine, School of Medicine, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

² Associate Professor, Department of Community and Family Medicine, School of Medicine, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

³ Department of Mental and Community Health and Addiction, Deputy Health Officer, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

⁴ Professor, Department of Community and Family Medicine, School of Medicine, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

⁵ Department of Mental and Community Health and Addiction, Deputy Health Officer, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

⁶ Professor, Department of Community and Family Medicine, School of Medicine, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Article history:

Received: September 23, 2025

Revised: May 02, 2026

Accepted: June 03, 2026

ePublished: July 16, 2026



***Corresponding author:** Ayad Bahadorimonfared, Department of Community and Family Medicine, School of Medicine, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

E-mail: a.bahadori@sbmu.ac.ir

Abstract

Background and Aim: This study aimed to evaluate the screening and identification program for psychiatric disorders among the population covered by urban comprehensive health centers.

Materials and Methods: In this mixed-methods study, existing indicators of the psychiatric disorder screening and identification program were compared with national benchmarks in the population covered by comprehensive health centers under Shahid Beheshti University (covering Tehran, Shemiranat, Qarchak, Pakdasht, Varamin, Pishva, Pardis, Damavand, and Firoozkoush). Data were collected through semi-structured group interviews with 25 purposively selected participants. Analysis followed the CIPP (Context, Input, Process, Product) evaluation model across three domains (Context, Input, Process), with data validity verified using Lincoln and Guba's criteria.

Results: In the quantitative section, only the process domain indicators had a clear difference with the national indicators. The indicators in the input domain were entirely desirable, and those in the output domain were largely desirable. In the qualitative section, the main challenges in the domains were household factors and determinants of service receipt in the context domain, human resources in the input domain, and personnel training in the process domain, respectively. The qualitative findings well explained the challenges observed in the process and output domains in the quantitative results.

Conclusion: Results suggest that it is better to direct the screening and identification program for psychiatric disorders, in addition to expanding service coverage, towards improving the quality of services and population satisfaction. Moreover, to achieve more desirable results in the psychiatric screening program, it is of great importance to resolve the implementation problems mentioned.

Keywords: CIPP evaluation model, Health programs, Mental health, Psychiatric disorders

Please cite this article as follows: Mokhayeri Sh, Mohseny M, Ghaffarzadeh Razaghi M, Abadi A, Asefi H, Bahadorimonfared A. Evaluation of Challenges of the Psychiatric Disorders Identification Program in Urban Health Centers: A Study Based on the CIPP Model. SJKUMS. 2026;31(2):200-210. DOI:10.22034/31.2.200.

مقاله پژوهشی

ارزیابی چالش‌های برنامه‌شناسایی اختلالات روان‌پزشکی در مراکز سلامت شهری: یک مطالعه براساس مدل CIPP

شبیم مخیری^۱، مریم محسنی^۲، محمدرضا غفارزاده رزاقی^۳، علیرضا ابدی^۴، هادی آصفی^۵، ایاد بهادری منفرد^{۶*}

۱. دستیار تخصصی بالینی، گروه پزشکی اجتماعی و خانواده، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
۲. دانشیار، گروه پزشکی اجتماعی و خانواده، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
۳. گروه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد، معاونت بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
۴. استاد، گروه پزشکی اجتماعی و خانواده، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
۵. گروه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد، معاونت بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
۶. استاد، گروه پزشکی اجتماعی و خانواده، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

چکیده

زمینه و هدف: این مطالعه با هدف ارزیابی برنامه غربالگری و شناسایی اختلالات روان‌پزشکی در جمعیت تحت پوشش مراکز خدمات جامع سلامت شهری انجام شد.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه ترکیبی کمی - کیفی، شاخص‌های موجود برنامه غربالگری و شناسایی اختلالات روان‌پزشکی با شاخص‌های ملی در جمعیت تحت پوشش مراکز خدمات جامع سلامت دانشگاه شهید بهشتی (شامل تهران، شمیرانات، قرچک، پاکدشت، ورامین، پیشوا، پردیس، دماوند و فیروزکوه) مقایسه شد. داده‌ها از طریق مصاحبه گروهی نیمه‌ساختاریافته با ۲۵ شرکت‌کننده انتخاب‌شده به صورت هدفمند جمع‌آوری شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها براساس مدل ارزیابی CIPP (زمینه، درونداد، فرایند، برون‌داد) در سه حیطه (زمینه، درونداد، فرایند) انجام و اعتبار داده‌ها با استفاده از معیارهای لینکلن و گوبا تأیید شد.

یافته‌ها: در بخش کمی، تنها شاخص‌های حیطه فرایند با شاخص‌های ملی تفاوت واضحی داشتند. شاخص‌های حیطه درونداد کاملاً مطلوب و شاخص‌های حیطه برون‌داد تا حدود زیادی مطلوب بود. در بخش کیفی، عمده‌ترین چالش‌های موجود در حیطه‌ها، به ترتیب عوامل مربوط به خانوار و تعیین‌کننده‌های دریافت خدمات در حیطه زمینه، منابع انسانی در حیطه درونداد و آموزش پرسنل در حیطه فرایند بودند. یافته‌های کیفی به خوبی چالش‌های مشاهده‌شده در حیطه فرایند و برون‌داد در نتایج کمی را تبیین کردند.

نتیجه‌گیری: نتایج نشان می‌دهد که بهتر است برنامه غربالگری و شناسایی اختلالات روان‌پزشکی در کنار گسترش پوشش خدمات به سمت ارتقای کیفیت خدمات و رضایت جمعیت نیز سوق داده شود. همچنین، به منظور دستیابی به نتایج مطلوب‌تر در غربالگری اختلالات روان‌پزشکی رفع مشکلات اجرایی اشاره‌شده به آن‌ها اهمیت بسزایی دارد.

تاریخچه مقاله:

دریافت: ۱۴۰۴/۰۷/۰۱

ویرایش: ۱۴۰۵/۰۲/۱۲

پذیرش: ۱۴۰۵/۰۳/۱۳

انتشار: ۱۴۰۵/۰۴/۲۵

تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی کردستان محفوظ است.

* نویسنده مسئول: ایاد بهادری منفرد، گروه پزشکی اجتماعی و خانواده، دانشکده پزشکی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران

ایمیل: a.bahadori@sbmu.ac.ir

واژگان کلیدی: اختلالات روان‌پزشکی، سلامت روان، برنامه‌های سلامت، مدل ارزیابی CIPP

استناد: مخیری، شبیم؛ محسنی، مریم؛ غفارزاده رزاقی، محمدرضا؛ ابدی، علیرضا؛ آصفی، هادی؛ بهادری منفرد، ایاد. ارزیابی چالش‌های برنامه‌شناسایی اختلالات روان‌پزشکی در مراکز سلامت شهری: یک مطالعه براساس مدل CIPP. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان، خرداد و تیر ۱۴۰۵، ۳۱(۲): ۲۰۰-۲۱۰

مقدمه

خانواده، دوستان و جامعه، مشکلاتی ایجاد کند. آن‌ها می‌توانند ناشی از مشکلاتی در مدرسه و محل کار باشند یا به آن‌ها منجر شوند. داشتن وضعیت سلامت روانی، خطر خودکشی و تجربه نقض

اختلالات روان‌پزشکی از موارد شایع و مهم سلامت هستند که می‌توانند عواقب نامطلوب قابل توجهی به دنبال داشته باشند. شرایط سلامت روان می‌تواند در همه جنبه‌های زندگی، از جمله روابط با

ادغام مراقبت‌های سلامت روان در مراکز بهداشتی - درمانی اشاره کرد [۱۲].

مدل CIPP نوعی مدل ارزیابی قدرتمند است [۱۳]. این مدل کلی‌نگر برنامه‌ها را به‌طور نظام‌مند در حیطه‌های زمینه (Context)، درون‌داد (Input)، فرایند (Process) و برونداد (Product) و در تمامی مراحل ارزیابی می‌کند [۱۴] و هدف آن ارتقای عملکرد از طریق اعمال تعدیل مبتنی‌بر داده است [۱۵]. مهم‌ترین هدف آن بهبود عملکرد برنامه است و به دست‌اندرکاران برنامه کمک می‌کند تا با جمع‌آوری اطلاعات به‌صورت منظم، برنامه خود را در جریان اجرای برنامه و در پایان اجرای آن اصلاح کنند. از این‌رو، این الگو در حیطه زمینه، میزان مساعدبودن زمینه شکل‌گیری برنامه، در حیطه درون‌داد، منابع در نظر گرفته‌شده برای شکل‌گیری برنامه، در حیطه فرایند، چگونگی اجرای برنامه و در حیطه برونداد، نتایج حاصل‌شده از برنامه را بررسی می‌کند [۱۶]. هدف مطالعه حاضر، ارزیابی برنامه غربالگری اختلالات روان‌پزشکی براساس مدل ارزیابی CIPP در جمعیت‌های شهری تحت پوشش زیرمجموعه دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی برای اولین بار بود. براساس نظرات افراد کارشناس، چالش‌هایی در اجرا و تحقق شاخص‌های این برنامه وجود داشته است. این مشکل در HSR معاونت بهداشتی دانشگاه مطرح شده بود و با توجه به موارد پیش گفته یکی از اولویت‌های مهم سیستم سلامت بوده است.

روش کار

این مطالعه ترکیبی پس از تأیید کمیته علمی، متشکل از مدیرگروه سلامت روان، کارشناس مسئول برنامه اختلالات روان و مسئول واحد پژوهش‌های سلامت معاونت بهداشتی دانشگاه و مجریان طرح انجام شد. جامعه مورد مطالعه را افراد تحت پوشش مراکز خدمات جامع سلامت شهری وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی ایران (شامل تهران، شمیرانات، قرچک، پاکدشت، ورامین، پیشوا، پردیس، دماوند و فیروزکوه) تشکیل دادند. برای استفاده از اطلاعات مراجعه‌کنندگان و پاسخ‌های داده‌شده در فرم‌های غربالگری، از همه افراد مراجعه‌کننده رضایت‌نامه کتبی دریافت شد.

بخش کمی: گزارش‌های پایش تیم سلامت روان از مراکز، بررسی شد. به این صورت که در مرحله مقدماتی، پیش از اجرای بحث‌های گروهی، گزارش‌های پایش تیم سلامت روان معاونت بهداشتی از مراکز، به‌عنوان داده‌های مستند موجود، مطالعه شد. بدین منظور، متن گزارش‌های پایش پس از غربالگری اولیه از نظر کامل‌بودن، به‌صورت نظام‌مند مطالعه شد. واحدهای معنایی مرتبط با مسائل اجرایی برنامه، چالش‌ها، نقاط ضعف و پیشنهادهای مطرح‌شده در گزارش‌ها استخراج و در قالب کدهای اولیه ثبت شد. سپس کدهای هم‌مضمون در دسته‌های موضوعی گسترده‌تر تجمع شدند، تا مضامین اصلی و الگوهای تکرارشونده در اجرای برنامه

حقوق بشر را افزایش می‌دهد. براساس گزارش سازمان جهانی بهداشت (WHO)، از هر پنج بزرگسال، یک نفر در طول یک سال اختلالات روانی را تجربه می‌کند و ۲۹/۲ درصد نیز در طول عمر خود با بیماری‌های روانی مواجه می‌شود. افسردگی و اضطراب از شایع‌ترین این اختلالات هستند که ۲۵ درصد افراد در طول زندگی خود به آن‌ها مبتلا می‌شوند. افسردگی با دوره‌هایی از خلق افسرده شدید و دیسفوری (ناخوشی) مشخص می‌شود، درحالی‌که اضطراب شامل ترس مزمن و شدید درباره رویدادهای قریب‌الوقوع است. این شرایط از نظر عللی با هم مرتبط هستند، پاتوفیزیولوژی مشترک و همبستگی‌های ژنتیکی دارند و به‌طور مکرر با مشکلات دیگری مانند وابستگی به مواد، اختلالات خواب و اختلالات شخصیت هم‌زمانی دارند [۱]. وجود اختلالات روانی در دوران کودکی و نوجوانی و حتی دوران بزرگسالی، از عوامل مهم گرایش افراد به مصرف مواد و الکل است. بررسی‌های علمی نشان داده است که ۶۰ تا ۸۰ درصد موارد خودکشی با وجود زمینه اختلالات روان‌پزشکی اتفاق می‌افتد [۲].

در سال ۲۰۲۰، به‌دلیل همه‌گیری کووید-۱۹، اضطراب و افسردگی به‌طور معنی‌داری افزایش یافتند [۳] و به‌ترتیب ۲۶ درصد و ۲۸ درصد رشد کردند [۴]. در ایران، مطالعاتی که از ابزارهای غربالگری استفاده می‌کنند، میزان شیوع اختلالات روان‌پزشکی را ۳۱/۰۳ درصد گزارش می‌دهند، درحالی‌که مصاحبه‌های بالینی رقم ۲۵/۴۲ درصد را نشان می‌دهند. افزایش شیوع اختلالات روانی در ایران واقعیتی انکارناپذیر است که نیازمند توجه سیاستی است [۵]. افراد مبتلا به اختلالات روانی به‌طور متوسط ۱۴/۷ سال کمتر از جمعیت عمومی عمر می‌کنند [۶]. اختلال افسردگی تک‌قطبی سومین عامل بار بیماری‌ها در جهان است که ۴/۳ درصد از بار جهانی بیماری‌ها را به خود اختصاص می‌دهد [۷] و پیش‌بینی می‌شود تا سال ۲۰۳۰ به عامل پیشرو تبدیل شود [۸]. پیامدهای اقتصادی شرایط سلامت روان نیز بسیار زیاد است و کاهش بهره‌وری به‌طور قابل توجهی از هزینه‌های مستقیم مراقبت بیشتر است [۹].

اهداف کلی برنامه تشخیص و مراقبت اختلالات روان‌پزشکی در کشور، افزایش دسترسی به خدمات سرپایی در حوزه تشخیص به‌هنگام و درمان اختلالات شایع روان‌پزشکی و افزایش پوشش مراقبت برای بیماران مبتلا به اختلالات شایع است [۱۰]. یکی از مسائل مهمی که بعد از اجرای هر برنامه باید به آن توجه شود، کیفیت اجرا و دستیابی به اهداف برنامه است. تدوین و اجرای برنامه‌ها، تحقق آرمان‌ها و میزان دستیابی به اهداف با استفاده از ارزشیابی امکان‌پذیر است. ارزیابی برنامه ضروری است؛ چرا که سازمان‌ها بدون ارزیابی مؤثر قادر به بهبود برنامه‌ها نخواهند بود [۱۱]. در سطح جهانی، چالش‌ها و موانعی در زمینه سنجش کیفیت مراقبت‌های سلامت روان وجود دارد که از جمله می‌توان به کمبود آموزش و پشتیبانی از ارائه‌دهندگان خدمات و موانع فرهنگی برای

معاونت بهداشتی از مراکز به‌عنوان داده‌های مستند موجود، مطالعه و با استفاده از روش تحلیل اسنادی و رویکرد تحلیل محتوای کیفی بررسی شد.

بخش کیفی: با استفاده از تحلیل محتوای متعارف و مدل CIPP، مصاحبه‌هایی با ارائه‌دهندگان خدمات انجام شد که در آن ۲۵ شرکت‌کننده انتخاب شده به‌صورت هدفمند (شامل پزشکان، کارشناسان سلامت روان و مراقبان سلامت) از مراکز خدمات جامع سلامت در جلسات بحث گروهی متمرکز (FGD) شرکت کردند. گردآوری داده‌ها با استفاده از مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته از دی‌ماه تا بهمن ۱۴۰۱ با پرسش‌هایی مرتبط با شاخص‌های منتخب از برنامه غربالگری انجام شد. همچنین، دربارهٔ راهکارهای بهبود شاخص‌ها بحث و تبادل نظر شد، راجع به اصلاحات لازم بحث شد. در سطح معاونت سلامت دانشگاه، مصاحبه‌هایی به‌صورت جداگانه با رئیس گروه سلامت روان و کارشناس مسئول برنامه اختلالات روانی انجام شد. سه جلسه بحث گروهی متمرکز جداگانه برگزار شد: یک جلسه با گروه پزشکان مراکز (۷ نفر)، یک جلسه با کارشناس سلامت روان (۸ نفر) و یک جلسه با گروه مراقبان سلامت (۱۰ نفر). جدول ۱ اطلاعات جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان را نشان می‌دهد. مدت زمان هر مصاحبه گروهی ۹۰ دقیقه بود. مصاحبه‌ها تا رسیدن به نقطه اشباع داده‌ها ادامه یافت. به‌منظور حصول اطمینان از دقت و اعتبار داده‌ها، از معیارهای چهارگانه لینکلن و گوبا (اعتبار، قابلیت اعتماد، قابلیت تأیید و قابلیت انتقال) استفاده شد [۱۷].

شناسایی شود. این تحلیل به‌منظور شناسایی مقدماتی مسائل بازتاب‌یافته از مشکلات اجرایی برنامه غربالگری سلامت روان و هدایت جلسات بحث گروهی انجام گرفت. شاخص‌های برنامه غربالگری و شناسایی اختلالات روان‌پزشکی با شاخص‌های ملی مقایسه شدند تا انحرافات شناسایی شود.

شاخص‌های مربوط به سال‌های ۱۴۰۰ و ۱۴۰۱ از سامانه سیب (<https://sib.tums.ac.ir>) استخراج شدند. مقایسه شاخص‌ها با استانداردهای مورد انتظار ملی (مقدار مورد انتظار کشوری) به‌صورت توصیفی انجام و عملکرد هر شاخص با حد انتظار تعیین شده در سطح کشوری مقایسه شد. شاخص‌های مراکز، که با مقدار مورد انتظار کشوری اختلاف داشتند، به‌عنوان شاخص‌هایی که به استاندارد مدنظر نرسیده‌اند، (شاخص‌های دارای فاصله یا Deviation from expected performance) تعیین شدند. دلیل این رویکرد آن است که دستیابی به حد انتظار کشوری به‌عنوان حداقل سطح عملکرد قابل قبول تلقی می‌شود. در این بخش از هیچ آزمون آماری استنباطی‌ای برای مقایسه شاخص‌ها با معیار کشوری استفاده نشد و سطح معنی‌داری آماری گزارش نگردید؛ زیرا تمرکز بر ارزیابی توصیفی فاصله عملکرد تا استاندارد و منطق مقایسه با حد انتظار کشوری و اهمیت رسیدن به آن به‌عنوان حداقل استاندارد بوده است.

در کنار این مقایسه، در مرحله مقدماتی، در سطح ستادی معاونت بهداشتی دانشگاه، مصاحبه‌هایی به‌صورت جداگانه توسط مجریان با مدیر گروه سلامت روان و کارشناس مسئول برنامه اختلالات روانی انجام شد و گزارش‌های پایش تیم سلامت روان

جدول ۱. اطلاعات جمعیت‌شناختی ارائه‌دهندگان خدمت (تعداد= ۲۵ نفر)

ردیف	شغل	جنسیت	مدرک تحصیلی	سابقه کار در شغل فعلی		دوره‌های آموزشی رسمی	
				سال	ماه	گذرانده	نگذرانده
۱	پزشک	مرد	دکترای عمومی	۲۷		*	
۲	پزشک	مرد	تخصص پزشک خانواده	۲۷	۳	*	
۳	پزشک	زن	دکترای عمومی	۱۰		*	
۴	پزشک	زن	دکترای عمومی	۲	۳	*	
۵	پزشک	زن	دکترای عمومی	۱۷		*	
۶	پزشک	زن	دکترای عمومی	۷	۶	*	
۷	پزشک	زن	دکترای عمومی	۱۹	۱۱	*	
۸	کارشناس مسئول سلامت روان	مرد	کارشناس ارشد	۶	۵	*	
۹	کارشناس مسئول سلامت روان	مرد	PhD	۳		*	
۱۰	کارشناس مسئول سلامت روان	زن	کارشناس ارشد	۵	۴	*	
۱۱	کارشناس مسئول سلامت روان	زن	کارشناس ارشد	۷	۳	*	
۱۲	کارشناس مسئول سلامت روان	زن	کارشناس ارشد	۱۸	۷	*	
۱۳	کارشناس مسئول سلامت روان	زن	کارشناس ارشد	۶	۴	*	
۱۴	کارشناس مسئول سلامت روان	زن	کارشناس ارشد	۷	۴	*	
۱۵	کارشناس مسئول سلامت روان	زن	کارشناس ارشد	۱۶	۹	*	
۱۶	مراقب سلامت	زن	کارشناسی	۵		*	

۱۷	مراقب سلامت	زن	کارشناسی	۸	*
۱۸	مراقب سلامت	زن	کارشناسی	۶	*
۱۹	مراقب سلامت	زن	کارشناسی	۵	*
۲۰	مراقب سلامت	زن	کارشناسی	۱۳	*
۲۱	مراقب سلامت	زن	کارشناسی	۲۵	*
۲۲	مراقب سلامت	زن	کارشناسی	۱۳	*
۲۳	مراقب سلامت	زن	کارشناسی	۱۰	*
۲۴	مراقب سلامت	زن	کارشناسی	۶	*
۲۵	مراقب سلامت	زن	کارشناسی	۱۱	*

کارایی برنامه در هریک از مؤلفه‌های CIPP منجر شد. نقش مدل CIPP در این پژوهش، فراهم کردن چهارچوب سازمان‌دهی و تفسیر یافته‌ها بود و نقش آن روش تحلیلی نبود.

در این مطالعه، پژوهشگران نقش هدایتگر و تسهیلگر را بر عهده داشتند. با توجه به ماهیت ترکیبی مطالعه و استفاده از مدل CIPP به‌عنوان چهارچوب اصلی تحلیل، پژوهشگران با آگاهی کامل از ابعاد چهارگانه این مدل (زمینه، درونداد، فرایند، برونداد) و اهداف ارزیابانه آن، فرایند جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها را هدایت کردند. پیش‌فرض کلیدی این بود که مدل CIPP چهارچوبی مناسب و جامع برای ارزیابی کارایی برنامه غربالگری اختلالات روان‌پزشکی در مراکز سلامت شهری فراهم می‌آورد و دیدگاه‌های ارائه‌دهندگان خدمت به‌عنوان منبع اصلی داده‌های کیفی، در فهم عمیق‌تر مسائل اجرایی و شناسایی قوت‌ها و ضعف‌های برنامه، ارزش و اعتبار قابل توجهی دارند.

همچنین چهارچوب هدایت‌شده CIPP سوگیری‌های احتمالی را کنترل کرد. کدگذاری را بیش از یک پژوهشگر انجام داد. برای ارائه شواهد عینی و مستند، از دیدگاه‌های مشارکت‌کنندگان و نقل‌قول‌های مستقیم و گویای ارائه‌دهندگان خدمت استفاده شد. فرایند تحلیل به‌طور کامل مستند شد. پژوهشگران از پیش‌فرض‌ها و تعصبات احتمالی آگاهی داشتند. بدین ترتیب، اعتبار علمی یافته‌ها افزایش یافت.

نتایج

بخش کمی

در بخش کمی پژوهش حاضر، شاخص‌های برنامه غربالگری و شناسایی اختلالات روان‌پزشکی در جمعیت تحت پوشش مراکز شهری زیرمجموعه دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در سال‌های ۱۴۰۰ و ۱۴۰۱، از سامانه سیب استخراج شد که نتایج آن در جدول ۲ ذکر شده است.

تحلیل داده‌های کیفی حاصل از مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته با ارائه‌دهندگان خدمت، بر مبنای ماهیت پژوهش، هدف ارزیابانه آن و چهارچوب نظری مورد استفاده، به روش تحلیل محتوای هدایت‌شده، که زیرشاخه‌ای از روش تحلیل محتوا محسوب می‌شود، صورت پذیرفت. مراحل تحلیل عبارت بودند از [۱]: پیاده‌سازی مصاحبه‌ها؛ در این مرحله، تمام مصاحبه‌های ضبط‌شده با ارائه‌دهندگان خدمت به دقت پیاده‌سازی شدند [۲]. آشنایی اولیه با داده‌ها؛ متن مصاحبه‌ها بازخوانی مکرر شد و محتوای کلی و موضوعات مطرح‌شده تعیین شد [۳]. کدگذاری اولیه و تعیین زیرحیطه‌ها؛ هر بخش از اظهارات مصاحبه‌شوندگان که حاوی اطلاعات معنادار بود، به‌عنوان کد اولیه در نظر گرفته شد. سپس براساس موضوع اصلی هر کد، زیرحیطه مشخص شد. برای مثال، اظهاراتی که به کمبود نیروی انسانی اشاره داشتند، با کد «کمبود پرسنل» و زیرحیطه «نیروی انسانی» دسته‌بندی شدند [۴]. تطبیق زیرحیطه‌ها با چهارچوب CIPP؛ هر یک از زیرحیطه‌های استخراج‌شده با توجه به ماهیت محتوای آن‌ها در یکی از چهار حیطه اصلی مدل CIPP (زمینه، درونداد، فرایند، برونداد) قرار گرفتند. این مرحله هسته اصلی تحلیل محتوای هدایت‌شده را تشکیل داد و پژوهش را براساس چهارچوب نظری هدایت کرد [۵]. سازمان‌دهی یافته‌ها در چهارچوب CIPP؛ در بخش نتایج، یافته‌های پژوهش به‌صورت دقیق و ساختاریافته در چهارحیطه اصلی مدل CIPP سازمان‌دهی شدند [۶]. تحلیل مضامین در هر زیرحیطه و حیطه؛ در هر زیرحیطه، مضامین و الگوهای تکرار‌شونده استخراج و تحلیل شدند. مدل CIPP به‌عنوان چهارچوب مفهومی، چهارچوب سازمان‌دهی و تفسیر یافته‌ها را فراهم کرد. مقوله‌های استخراج‌شده در قالب چهار حیطه اصلی چهارچوب‌مند شدند تا امکان ارائه تحلیل ساختارمند فراهم شود. بیشترین تمرکز بر شناسایی قوت‌ها و ضعف‌های برنامه در هر حیطه CIPP بود. پس از سازمان‌دهی طبقات و تحلیل مضامین، اولویت‌های مداخله براساس فراوانی و اهمیت کدها مشخص شد. این رویکرد امکان ارزیابی جامع و نظام‌مند برنامه را فراهم آورد و یافته‌های حاصل از آن به سنجش

جدول ۲. مقایسه شاخص‌های برنامه غربالگری اختلالات روان‌پزشکی با معیارهای کشوری در سطح مراکز جامع سلامت شهری تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در سال‌های ۱۴۰۰ و ۱۴۰۱

حیطه	عنوان شاخص	مراکز جامع سلامت شهید بهشتی		مورد انتظار کشوری
		سال ۱۴۰۰	سال ۱۴۰۱	
درونداد	درصد پزشکان عمومی شاغل در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه که در دوره خدمت خود دوره آموزشی استاندارد «راهنمای ارزیابی و درمان اختلالات سلامت روان» را گذرانده باشند.	۹۰	۹۰	۹۰
	درصد کارشناسان سلامت روان جدیدالورود که در دوره‌های آموزشی بدو خدمت برنامه تشخیص و درمان اختلالات شایع روان‌پزشکی شرکت کرده‌اند.	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰
	درصد کارشناسان مراقب سلامت که در دوره‌های آموزشی حضوری/ غیرحضوری مباحث غربالگری اولیه گروه‌های سنی شرکت کرده‌اند.	۱۰	۱۰۰	۱۰۰
فرایند	درصد پوشش غربالگری اولیه سلامت روان در جمعیت دارای پرونده فعال الکترونیک سلامت	۶۲	۶۲	۱۰۰
	درصد موارد مثبت در افراد ۱۵ تا ۵۹ سال که غربالگری اولیه سلامت روان شده‌اند	۸	۷	۱۲
	درصد تشخیص اختلال روان‌پزشکی توسط پزشک در افرادی که در غربالگری اولیه سلامت روان مثبت شده‌اند	۹	۵	۵۰
	درصد بیماران شناسایی شده مبتلابه اختلالات شایع روان‌پزشکی که در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه خدمات مراقبتی دریافت می‌کنند.	۸۵	۸۰	۸۱
برونداد	درصد افراد مبتلابه اختلالات روان‌پزشکی ارجاع شده از پزشک که تحت مراقبت کارشناس سلامت روان هستند.	۸۶	۸۹	۹۰

از پزشک که تحت مراقبت کارشناس سلامت روان هستند.

بخش کیفی

در این بخش، یافته‌های حاصل از مصاحبه با ارائه‌دهندگان خدمات مراکز شهری در سه حیطه زمینه (Context)، درونداد (Input) و فرایند (Process) دسته‌بندی و تحلیل شد. در این مطالعه، چهارچوب کلی ارزیابی براساس چهار حیطه مدل CIPP طراحی شد. براساس اظهارات مراجعه‌کنندگان، مواردی که در حیطه برونداد (Product) بگنجد یافت نشد و شاخص «درصد افراد مبتلابه اختلالات روان‌پزشکی ارجاع‌داده‌شده از سوی پزشک که تحت مراقبت کارشناس سلامت روان بودند» به‌عنوان شاخص اصلی پیامدی برنامه در حیطه برونداد قرار گرفت. اطلاعات به‌دست‌آمده در سه حیطه ذکرشده، تبیین‌کننده مشکلات موجود در حیطه برونداد است که در بخش کمی با شاخص مورد انتظار کشوری فاصله داشت. دسته‌بندی‌ها و کدهای استخراج‌شده به تفصیل در جدول‌های ۳، ۴ و ۵ ارائه شده‌اند. این جدول‌های دیدگاه‌های مشارکت‌کنندگان را درخصوص چالش‌ها و فرصت‌های مرتبط با اجرای برنامه غربالگری و شناسایی اختلالات روان‌پزشکی منعکس می‌کنند.

در سال‌های ۱۴۰۰ و ۱۴۰۱، شاخص‌های کمی حیطه درونداد برنامه غربالگری (شاخص‌های ارائه‌دهندگان خدمات) مطابق شاخص مورد انتظار کشوری بوده است. همچنین، شاخص‌های حیطه برونداد با شاخص‌های مورد انتظار کشوری تفاوت اندکی داشتند (۴ درصد در سال ۱۴۰۰ و ۱ درصد در سال ۱۴۰۱)، اما شاخص‌های کمی حیطه فرایند (درصد پوشش غربالگری جمعیت عمومی و تشخیص اختلال روان) با شاخص‌های مورد انتظار فاصله قابل توجهی نشان داد. بنابراین، شاخص‌های هدف برای بررسی در این مطالعه شامل موارد ذیل بود:

- شاخص پوشش غربالگری اولیه سلامت روان در جمعیت دارای پرونده فعال الکترونیک سلامت؛
- شاخص درصد موارد مثبت در افراد ۱۵ تا ۵۹ سال که غربالگری اولیه سلامت روان شده‌اند؛
- شاخص درصد تشخیص اختلال روان‌پزشکی توسط پزشک در افرادی که در غربالگری اولیه سلامت روان مثبت شده‌اند؛
- شاخص درصد بیماران شناسایی شده مبتلابه اختلالات شایع روان‌پزشکی که در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه خدمات مراقبتی دریافت می‌کنند؛
- شاخص درصد افراد مبتلابه اختلالات روان‌پزشکی ارجاع‌شده

جدول ۳. حیطه زمینه، زیرحیطه‌ها و کدهای استخراج‌شده از مصاحبه با گروه ارائه‌دهندگان خدمت مراکز شهری زیرمجموعه دانشگاه علوم پزشکی شهید

بهشتی

حیطه	زیر حیطه	کدها
زمینه	تأمین دارو	کمبود برخی داروهای روان‌پزشکی/ نبود دارو
	آیین‌نامه‌های مناسب	نپرسیدن سؤال‌های مناسب/ نامناسب بودن سؤالات/ جامع نبودن سؤالات به‌روزی نبودن دستورالعمل‌ها/ نامناسب بودن سؤالات غربالگری سلامت روان کودکان زیر پنج سال/ نامناسب بودن سؤالات غربالگری سلامت روان نوجوانان/ نامناسب بودن سؤالات غربالگری سلامت روان سالمندان
عوامل مرتبط با خانوار و عوامل مؤثر بر میزان استقبال و بهره‌مندی از خدمات مربوط به خانوار	مساعدبودن زمینه‌های شکل‌گیری برنامه (انگیزه مشارکت، استقبال، محوریت بخشیدن به برنامه)	نداشتن بیمه مسئولیت پزشکان/ نبود سیستم تنبیه و تشویق نامناسب بودن پاسخ‌دهی مراجعان/ عدم بهبودی واضح/ مراجعه نکردن/ مراجعه نکردن اختیاری/ تداخل زمان فعالیت مراکز با ساعت کار شاغلان/ زیاد بودن مراجعه اتباع/ زیاد بودن جمعیت/ مقبول نبودن خدمات سلامت دولتی/ اثربخش نبودن خدمات/ همکاری نکردن آقایان/ نگرانی از عوارض درمان/ هزینه‌های زیاد درمان اختلالات روان/ مهم نبودن اختلالات روان در مقایسه با مشکلات دیگر/ ناآگاهی بیماران از ابتلا به اختلال روان/ ناآگاهی بیماران از عوارض اختلال روان/ نگرانی از انگ/ تابو بودن/ نگرانی از حفظ‌نشدن محرمانگی بیماری توسط خدمت‌دهنده بومی/ تمایل نداشتن جوانان به مراجعه/ نبود انگیزه مراجعه اختیاری برای جوانان/ فاصله زیاد دسترسی سریع به پزشک/ فاصله زیاد دسترسی سریع به روان‌شناس/ ابراز نکردن حقیقت/ رعایت نکردن طرح انطباق/ رایگان نبودن درمان/ هزینه‌های زیاد درمان اختلالات روان/ ناکافی بودن فرصت/ بی‌ارزش‌انگاری خدمات/ نداشتن تمکن مالی/ مزمن شدن اختلالات روان/ پذیرش تأثیر بین‌نسلی (ماهیت بیماری)

جدول ۴. حیطه درون‌داد، زیرحیطه‌ها و کدهای استخراج‌شده از مصاحبه با گروه ارائه‌دهندگان خدمت مراکز شهری زیرمجموعه دانشگاه علوم پزشکی

شهید بهشتی

حیطه	زیر حیطه	کد
درون‌داد	نیروی انسانی	توجیه نبودن/ ناکافی بودن زمان/ دقیق نبودن/ نبود ثبت نیرو/ نداشتن انگیزه مالی/ ثبت خدمات در مراکز برون‌سپار به علت داشتن انگیزه مالی/ نداشتن انگیزه/ تعدد خدمات/ چندپیشه‌بودن/ دانش کم/ توانمندی کم در درمان/ نداشتن مهارت ارتباط و فن مصاحبه/ برگزار نکردن جلسات توجیهی/ نداشتن مهارت در تشخیص اختلال روان/ نداشتن مهارت در درمان اختلال روان/ ناکافی بودن کارشناس در ستاد شبکه/ برخورد سلیقه‌ای با کارشناس/ نبود روان‌پزشک در سیستم/ تمایل نداشتن به علت ایجاد بارکاری بعدی/ خروج نیروی آموزش‌دیده
	زیرساخت (فناوری اطلاعات/ سامانه سیب)	مشکل سامانه سیب/ مشکل نحوه ثبت در سامانه سیب/ مشاهده نکردن آمار کلی/ نبود امکان غربالگری و تشخیص اختلالات در مراجعه مجدد به علت نبود امکان ثبت مجدد/ تداخل غربالگری واحدها/ نبود آیتم غربال مثبت روان در داشبورد مراقب سلامت
فراخوان و اطلاع‌رسانی عمومی	فضای فیزیکی مناسب	محرمانه نبودن
	دسترسی به خدمات دولتی	اطلاع‌رسانی نکردن به مردم تعدد مراکز بخش خصوصی و دریافت خدمات غیردولتی/ نبود تخت روان‌پزشکی برای بستری موارد اورژانس در برخی شهرستان‌ها/ نبود بخش اعصاب و روان برای بستری موارد اورژانس در برخی شهرستان‌ها

جدول ۵. حیطه فرایند، زیرحیطه‌ها و کدهای استخراج‌شده از مصاحبه با گروه ارائه‌دهندگان خدمت مراکز شهری زیرمجموعه دانشگاه علوم پزشکی شهید

بهشتی

حیطه	زیرحیطه	کد
فرایند	مشخص نبودن فرایندهای مرتبط با برنامه شامل غربالگری، شناسایی موارد مشکوک، ارائه مشاوره و مداخلات روان‌شناختی	غربالگری اولیه توسط غیرروان‌شناس / کامل نبودن ارائه خدمات روان / مشکل فرایند ارجاع داخل مرکز / مشابه بودن وزن مراقبت روان با مراقبت‌های دیگر / شناسایی نکردن فرایند ارائه خدمات / نبود دیدگاه فرایندی / بهبودنیافتن فرایند ارائه خدمات / نبود کار تیمی به دلیل درگیر نبودن روان‌پزشک
	مشخص نبودن فرایند ارجاع به سطوح بالاتر و پیگیری	پیگیری نکردن بیمار / نامشخص بودن ارجاع به سطوح بالاتر / مشخص نبودن فوکل پوینت ارجاع به سطوح بالاتر / تغییر فوکل پوینت ارجاع سطح دوم / ارائه نکردن پس‌خوراند از سطح دوم ارجاع
	مشخص نبودن فرایند مراقبت و پیگیری افراد مبتلا به اختلال	زمان‌بری مراقبت / تعیین نکردن وقت قبلی / تمرکز بر تعداد غربال و ناکافی بودن فرصت / غربالگری اولیه صرفاً یک بار در سال / پیگیری نکردن فعال / تأثیر نداشتن پیگیری در مراقبت / حضور مراقب سلامت در چرخه مراقبت‌ها / حضور پزشک در چرخه مراقبت‌ها / حضور مراقب سلامت در چرخه غربالگری اولیه
	مشکلات مرتبط با آموزش پرسنل نظارت ناکافی بر فعالیت‌ها	نبود آموزش متمرکز / سلسله‌مراتبی بودن آموزش / آموزش ندادن رتبه‌بندی شاخص به مراقب سلامت / ناکافی بودن آموزش / توجیه‌نشدن مستمر توسط کارشناس سلامت روان / آموزش ندادن مستمر توسط کارشناس سلامت روان / برگزاردنشدن مرتب جلسات بازآموزی / نبود آموزش تخصصی / سودمند نبودن بازآموزی متمرکز / ارزیابی نکردن آموزشی / اجرانکردن نیازسنجی آموزشی / محتوای آموزشی نامناسب در بازآموزی / رضایت‌نداشتن از مدرسان بازآموزی / کیفیت نامناسب آموزش در بازآموزی / یکسان نبودن آموزش‌ها نظارت ناکافی

- حیطه زمینه

نتایج مصاحبه با شرکت‌کنندگان که در حیطه زمینه قرار داده شده، در جدول ۳ ارائه شده است و پنج زیرحیطه دارد. الگوهای اصلی و مضامین برجسته در حیطه زمینه به شرح زیر است:

موانع اجتماعی و فرهنگی: تابو بودن مسائل سلامت روان، ترس از انگ اجتماعی و اطمینان‌نداشتن به محرمانگی اطلاعات، اصلی‌ترین مانع مراجعه و پیگیری خدمات سلامت روان شناسایی شد. بیشترین تعداد کدهای حیطه زمینه در زیرحیطه موانع اجتماعی و فرهنگی قرار گرفت.

محدودیت‌های اجرایی و رویه‌ای: محدودیت سالانه در انجام غربالگری برای هر فرد به از دست رفتن برخی افراد گروه هدف برنامه منجر می‌شود.

اولویت‌بندی پایین سلامت روان: کم‌اهمیت جلوه دادن برنامه سلامت روان توسط برخی پزشکان به دلیل حجم زیاد کاری و تعدد مسئولیت‌ها یکی دیگر از چالش‌های اساسی در جلب مشارکت و توجه کافی به این حوزه بود.

- حیطه درونداد

حیطه درونداد جنبه دیگری از اظهارات شرکت‌کنندگان در ارزشیابی غربالگری را نشان داد (جدول ۴). این حیطه پنج زیرحیطه دارد و بر منابع و زیرساخت‌های مورد نیاز برنامه تمرکز می‌کند. الگوهای اصلی آن به شرح ذیل است.

آموزش ناکافی: کمبود دانش و مهارت کافی در کارکنان خط

اول (مانند مراقبان سلامت) در خصوص اهمیت برنامه و فنون مصاحبه و غربالگری، از ضعف‌های کلیدی بود. این موضوع به جلب‌نشدن اعتماد مراجعان و نبود ایجاد ارتباط مؤثر و انجام غربالگری‌ها به صورت ماشینی منجر می‌شد. بیشترین تعداد کدهای حیطه درونداد در زیرحیطه نیروی انسانی و آموزش قرار گرفت.

زیرساخت‌ها و سیستم ارجاع: سیستم ارجاع نامشخص: نبود تعریف شفاف و کارآمد سیستم ارجاع پس از تشخیص اولیه برای پیگیری‌های بعدی.

تداخلات سیستمی: تداخل در ثبت خدمات برخی واحدهای مختلف در سامانه سیب مانند تداخل ثبت غربالگری پدیکولوز و غربالگری اختلالات روان.

نیاز به حریم خصوصی: تأکید بر لزوم فراهم کردن فضای مجزا برای حفظ حریم خصوصی مراجعان به منظور انجام غربالگری و افزایش احتمال شناسایی موارد مثبت روان.

- حیطه فرایند

این حیطه با داشتن پنج زیرحیطه به چگونگی اجرای مراحل مختلف برنامه پرداخت (جدول ۵). الگوهای اصلی و مضامین برجسته در این حیطه به شرح ذیل است:

ابهام در فرایندهای اصلی برنامه: نامشخص بودن دقیق فرایندهای غربالگری، شناسایی موارد مشکوک، ارائه مشاوره، ارجاع و پیگیری افراد مبتلا به اختلال از چالش‌های اساسی بود.

فشار کاری و تمرکز بر کمیت: تمرکز بیش از حد مراکز بر تعداد غربالگری‌ها، فرصت کافی برای ارائه خدمات عمیق‌تر و پیگیری مؤثر را از کارکنان سلب می‌کند.

نظارت ناکافی: نبود نظارت کافی بر فعالیتهای اجرایی، در کیفیت اجرای برنامه تأثیرگذار بود.

- ارتباط تحلیلی بین یافته‌های کمی و کیفی

یافته‌های کیفی به‌خوبی چالش‌های مشاهده‌شده در حیطه فرایند و برونداد در نتایج کمی را تبیین می‌کنند. برای مثال، فاصله قابل توجه شاخص‌های پوششی و تشخیص در حیطه فرایند (یافته کمی)، باوجود تابو بودن مسائل روان‌پزشکی، آموزش ناکافی ارائه‌دهندگان و ابهام در فرایندهای پیگیری و مراقبت (یافته‌های کیفی) هم‌خوانی دارد. همچنین، مشکلات منابع نیروی انسانی و زیرساخت‌ها (حیطه درونداد کیفی) می‌تواند توضیح‌دهنده تفاوت اندک مشاهده‌شده در حیطه برونداد (یافته کمی) باشد.

بحث

نتیجه مقایسه شاخص‌های کمی با استانداردهای ملی در حیطه‌های درونداد، برونداد و فرایند نشان‌دهنده شکاف موجود در شاخص‌های حیطه فرایند در برنامه غربالگری و شناسایی اختلالات روان‌پزشکی در جمعیت تحت پوشش مراکز خدمات جامع سلامت شهری دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی برای سال‌های ۱۴۰۰ و ۱۴۰۱ بود. بنابراین، تمرکز این مطالعه بر بررسی عمیق‌تر عوامل مؤثر بر این حیطه (اجرای مراحل برنامه) قرار گرفت. در بخش کیفی، مطالعه شواهد به‌دست‌آمده نشان داد که فراوانی کدهای مربوط به برخی زیرحیطه‌ها بیشتر از دیگر حیطه‌ها بود. در حیطه زمینه، کدهای مرتبط با عوامل مربوط به خانوار و عوامل مؤثر در پذیرش و بهره‌برداری از خدمات مرتبط با خانوار، بیشترین فراوانی را داشتند. در حیطه درونداد، کدهای مرتبط با مشکلات منابع انسانی و در حوزه فرایند، کدهای مربوط به مشکلات آموزش پرسنل بیشترین تکرار را داشتند. از میان تمام کدهای مطرح‌شده در این سه حوزه، کد «آموزش ناکافی» به‌عنوان اولویت اصلی انتخاب شد؛ زیرا بیشترین تعداد دفعات مورد اشاره به‌عنوان اولویت اول توسط شرکت‌کنندگان را به خود اختصاص داد.

براساس یک مطالعه کیفی در نظام مراقبت‌های اولیه سلامت ایران توسط ولیدآبادی و همکاران (۲۰۲۲)، برنامه‌های غربالگری سلامت روان با چالش‌های عمده‌ای مواجه هستند که ازجمله می‌توان به این موارد اشاره کرد: محدودیت منابع و زیرساخت؛ بودجه ناکافی (با تخصیص حدود ۹۸ درصد به درمان در مقابل تنها ۲ درصد به پیشگیری)، کمبود نیروی کار آموزش‌دیده (مانند متخصصان سلامت روان) و نبود امکانات اختصاصی برای غربالگری، اجرای مؤثر برنامه‌ها را مختل می‌کند. فشار کاری و شکاف مهارتی کارکنان؛ کارکنان مراقبت‌های اولیه با حجم کاری بیش از حد،

چندوظیفگی و آموزش ناکافی در زمینه غربالگری سلامت روان دست‌وپنجه نرم می‌کنند (برای مثال، محول کردن غربالگری به ماماها یا نیروهای غیرمتخصص بدون تخصص کافی). انگ و سواد سلامت کم؛ باورهای نادرست اجتماعی (مانند تلقی مشکلات سلامت روان به‌عنوان قضا و قدر یا مشکلاتی که خودبه‌خود حل می‌شوند)، ترس از قضاوت و انگ، مردم را از مشارکت در غربالگری باز می‌دارد. موانع دسترسی؛ مشکلات لجستیکی (مانند مراکز شلوغ و ساعات کاری نامناسب) و آگاهی عمومی پایین، دسترسی به خدمات را کاهش می‌دهد، درحالی‌که هنجارهای فرهنگی (مانند اتکا به درمان‌های سنتی) محدودکننده‌تر هستند. تکه‌تکه شدن سیستمی؛ هماهنگی ضعیف بین بخش‌های سلامت و سازمان‌های خارج از نظام سلامت به تلاش‌های تکراری و پروتکل‌های غربالگری ناسازگار منجر می‌شود. این مسائل به‌هم‌پیوسته نیاز به تخصیص هدفمند منابع، آموزش کارکنان، کمپین‌های ضد انگ و سیاست‌های یکپارچه را برای بهینه‌سازی اثربخشی غربالگری نشان می‌دهند [۱۸]. تمامی چالش‌های ذکرشده در آن مطالعه، در ارزیابی حاضر ما نیز یافت شد. این موضوع تأیید می‌کند که این ضعف‌ها در طول سالیان گذشته کماکان پابرجا بوده است.

برآیند نتایج مطالعه مبین این مطلب است که یافته‌های کیفی به‌خوبی چالش‌های مشاهده‌شده در حیطه فرایند و برونداد در نتایج کمی را تبیین می‌کنند. برای مثال، فاصله قابل توجه شاخص‌های پوششی و تشخیص در حیطه فرایند (یافته کمی)، با وجود تابو بودن مسائل روان‌پزشکی، آموزش ناکافی ارائه‌دهندگان و ابهام در فرایندهای پیگیری و مراقبت (یافته‌های کیفی) هم‌خوانی دارد. همچنین، مشکلات منابع نیروی انسانی و زیرساخت‌ها (حیطه درونداد کیفی) می‌تواند توضیح‌دهنده تفاوت اندک مشاهده‌شده در حیطه برونداد (یافته کمی) باشد. همسو با نتایج مطالعه حاضر، کریمی و همکاران نیز بر افزایش آموزش صحیح و مستمر به مراقبان سلامت در رابطه با اهمیت سلامت روان و تأثیر بسزای آن در بهبود کیفیت خدمات سلامت روان تأکید کردند [۱۹].

یکی از نکات حائز اهمیت در این مطالعه این بود که کمبودهای مشاهده‌شده در شاخص‌های فرایندی (مانند پوشش و تشخیص) به‌شدت تحت تأثیر موانع اجتماعی و فرهنگی (مانند تابو بودن سلامت روان و انگ اجتماعی) و ابهامات اجرایی در فرایندهای اصلی (مانند غربالگری، ارجاع و پیگیری) قرار داشتند. در مطالعات مربوط به سال‌های پیشین از برنامه‌های سلامت روان نیز این کمبودها به چشم می‌خورد. چنانکه در ارزشیابی برنامه سلامت روان در سنجج توسط طبری و همکاران، با آنکه ادغام بهداشت روان در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه روستایی شهرستان سنجج با موفقیت‌هایی همراه بوده است، بیماریابی، وضعیت ارائه دارو، ارجاع و پیگیری بیماران روانی در سطح ضعیفی بود و برنامه‌های اجرایی و نظارتی نیازمند تغییرات اساسی بود. عملکرد پزشکان نیز در زمینه بهداشت روان ضعیف ارزیابی شد که ناشی از نگذردن دوره

نمرات این ابعاد، بعد نظارت و کنترل بهترین و بعد عملکرد اجرایی ضعیف‌ترین بود [۲۳]. نتایج این مطالعه می‌تواند مؤید نتایج مطالعه فعلی باشد؛ چراکه با ضعیف‌بودن بعد اجرایی یک برنامه، شاخص‌های ارزشیابی از حد مورد انتظار فاصله می‌گیرند و اگرچه شاخص‌های ورودی نسبتاً خوب هستند، مشکلات در اجرای فرایندها و کمبودهای سیستمی، مانع از دستیابی به نتایج مطلوب‌تر شده‌اند و برنامه به اهداف اختصاصی خود دست نمی‌یابد.

طبق یافته‌های قبلی، مانند یافته‌های تابان و همکاران [۲۱]، ارائه اطلاعات عمومی درباره خدمات و ارائه آموزش عمومی و فرهنگ‌سازی، ارکان مهم برنامه‌های مراقبت از سلامت روان در مراکز مراقبت‌های بهداشتی هستند. سپس، تمرکز برنامه باید از گسترش پوشش خدمات به سمت افزایش کیفیت خدمات و رضایت جمعیت هدف تغییر کند. اجرای چرخه PDCA (برنامه‌ریزی، اجرا، بررسی، اقدام)، انجام ارزیابی‌های مداوم برنامه، شناسایی قوت‌ها و ضعف‌ها و پرداختن به زیرساخت‌های مورد نیاز می‌تواند برنامه سلامت روان را به‌طور نظام‌مند اصلاح کند تا با شرایط عمومی جامعه همسو شود. در نهایت، خدمات سلامت روان مطابق با دستورالعمل‌های فعلی به‌طور مداوم به‌روزرسانی می‌شوند، با الزامات در حال تحول همسو می‌مانند و در سیستم ارائه خدمات تثبیت می‌شوند.

محدودیت‌های مطالعه عبارت بود از: ۱. احتمال سوگیری در بحث‌های گروهی به‌دلیل پویایی‌های درون‌گروهی و ملاحظات حرفه‌ای شرکت‌کنندگان؛ ۲. بررسی نکردن تعاملات بین حرفه‌ای به‌صورت هم‌زمان به‌دلیل تفکیک گروه‌ها؛ ۳. محدودبودن دامنه جغرافیایی به مراکز شهری و تمرکز صرف بر دیدگاه ارائه‌دهندگان خدمت؛ ۴. ماهیت خوداظهاری داده‌ها؛ بنابراین، نتایج بیشتر از منظر انتقال‌پذیری مفهومی (Conceptual Transferability) در بافت‌های مشابه قابل استفاده هستند و تعمیم آماری آن‌ها به کل نظام سلامت توصیه نمی‌شود.

نتیجه‌گیری

یافته‌های کمی نشان‌دهنده فاصله واضح شاخص‌های حیطه فرایند (مانند پوشش غربالگری و نرخ تشخیص) و وضعیت نسبتاً مطلوب در حیطه درون‌داد (شاخص‌های مربوط به درصد ارائه‌دهندگان خدمت آموزش‌دیده) بود. یافته‌های کیفی به خوبی چالش‌های مشاهده‌شده در حیطه فرایند و برونداد در نتایج کمی را تبیین کردند. در حیطه‌های مختلف مدل ارزیابی CIPP برای برنامه سلامت روان، مسائلی مانند کمبود و به‌روزرسانی نکردن زیرساخت‌های فیزیکی، منابع انسانی، نظارتی، تجهیزاتی، نظارتی و رسانه‌ای و همچنین شفافیت‌نداشتن در فرایندهای برنامه (غربالگری، شناسایی، ارائه مشاوره و مداخله، ارجاع به سطوح بالاتر و پیگیری/مراقبت از افراد دارای اختلال) شناسایی شد. به نظر می‌رسد تمرکز برنامه باید از گسترش پوشش خدمات به سمت

آموزشی بهداشت روان و نبود نظارت مشاور علمی برنامه بهداشت روان (روان‌پزشک) بر فعالیت‌های پزشکان بود [۲۰]. در مطالعه ما نیز مشکلات فرایند ارائه خدمات برنامه و نبود دیدگاه فرایندی، نبود پیگیری، نامشخص‌بودن فرایند ارجاع به سطوح بالاتر و ارائه‌نشدن پس‌خوراند پس از ارجاع مطرح شد.

در مطالعه کیفی تابان و همکاران با هدف ارزیابی تأثیر ارائه خدمات سلامت روان در مراکز خدمات جامعه‌نگر (CMHO) با چشم‌انداز بررسی فرصت‌ها و چالش‌های موجود برای استمرار و ارتقای ارائه خدمات سلامت روان، یافته‌ها شامل نیازها برای اجرای برنامه و دستیابی به اهداف و پیامدهای مورد انتظار طرح و نیز یافته‌های حاصل از ارزشیابی برنامه ارائه شد که در تأمین زیرساخت‌ها و اجرایی‌کردن طرح، موفقیت‌های قابل توجهی کسب شده است. این یافته با نتایج پژوهش حاضر متفاوت است که در آن مشکل زیرساخت و سامانه، از چالش‌های مطرح‌شده ارائه‌دهندگان خدمت در حیطه درونداد از الگوی ارزشیابی سیب بوده است. از چالش‌های مطرح‌شده در اجرای آن طرح به موانع موجود در جلب مشارکت بیشتر پزشکان عمومی و تأثیر فرهنگ و نگرش موجود در هر شهر برای اثربخشی برنامه اشاره شده است که در پژوهش حاضر چنین چالش‌هایی مطرح نبوده است [۲۱]. علل تفاوت‌ها در نتایج پژوهش حاضر با مطالعه فوق می‌تواند تفاوت در روش ارزشیابی در این مطالعه باشد که براساس الگوی CIPP بوده و همچنین در نوع این مطالعه باشد که تلفیقی از مطالعات کمی و کیفی بوده و تفاوت در حجم نمونه و مشارکت‌کنندگان در پژوهش باشد. در این مطالعه، همانند پژوهش حاضر، توجه بیشتر به برنامه‌های آموزشی روان‌پزشکی و سلامت روان در کوریکولوم رشته پزشکی عمومی، آموزش‌های همگانی درباره سلامت روان و ارائه راهکارهایی برای اجرای بهتر برنامه از پیشنهاد‌های حاصل از نتایج ارزشیابی بوده است.

در مطالعه‌ای با هدف ارزشیابی برنامه ادغام بهداشت روان در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه روستایی که نجمی و همکاران انجام دادند، آگاهی و نگرش به‌روزان به بیماری‌های روانی خوب بود، اما بیماری‌های آن‌ها ضعیف بود. پزشکان شاغل در مراکز روستایی مورد بررسی، عملکردی پایین‌تر از ۵۰ درصد داشتند. به گفته خود بیماران، دوربودن از محل زندگی و مراجعه به بخش خصوصی از مهم‌ترین علل مراجعه‌نکردن به خانه بهداشت بود، اما در پژوهش حاضر، فقط یک مراقب سلامت چالش مراجعه به بخش خصوصی و دریافت خدمات غیردولتی را ذکر کرد. تفاوت دو مطالعه می‌تواند به علت تفاوت در نگرش مشارکت‌کنندگان در پژوهش یا متأثر از تفاوت‌های ناشی از محیط پژوهش (خانه بهداشت روستایی/ مرکز بهداشتی شهری) باشد [۲۲]. در مطالعه توصیفی - تطبیقی رئیس و جهانبانی به‌منظور بررسی عملکرد مدیریت برنامه بهداشت روان در شبکه‌های بهداشت و درمان، مدیران در تمامی ابعاد برنامه بهداشت روان (چهار بعد برنامه‌ریزی، سازماندهی، عملکرد اجرایی و نظارت - کنترل) عملکرد متوسط داشتند. در مقایسه میانگین

IR.SBMU.MSP.REC.1401.423 در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی به ثبت رسیده است. مقاله حاضر برگرفته از پایان‌نامه دستکاری تخصصی است و در انجام پژوهش یا تهیه مقاله از بودجه یا امکانات مؤسسه یا سازمانی استفاده نشده است.

تضاد منافع

هیچ‌کدام از نویسندگان این مطالعه، افراد یا دستگاه‌ها تعارض منافی برای انتشار این مقاله ندارند.

تشکر و قدردانی

از شرکت‌کنندگان در این مطالعه، که زمینه اجرای این مطالعه را فراهم کردند، تشکر و قدردانی می‌شود. این پژوهش با کد اخلاق

REFERENCES

1. Fakhraei B, Koochi AS, Taghinezhad A, Jaafari N, Bijani M, Pourshahri E. Design and psychometric evaluation of the Iranian version of Public Awareness of Anxiety and Depression Symptoms Scale: a mixed methods study. *JABS*. 2025;15(2):138-147. [DOI: [10.18502/jabs.v15i2.18081](https://doi.org/10.18502/jabs.v15i2.18081)]
2. Sajid Z, Shabaniani V, Rostami F. The necessity and importance of mental health screening in care. *Behvarz Q*. 2019;31:26-31. (In Persian). [DOI: [10.22038/behv.2020.45659.1041](https://doi.org/10.22038/behv.2020.45659.1041)]
3. Santomauro DF, Herrera AM, Shadid J, Zheng P, Ashbaugh C, Pigott DM, et al. Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. *Lancet*. 2021;398(10312):1700-12. [DOI: [10.1016/s0140-6736\(21\)02143-7](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(21)02143-7)]
4. World Health Organization. Mental health and COVID-19: early evidence of the pandemic's impact. 2022. [Link]
5. Mirghaed MT, Gorji HA, Panahi S. Prevalence of psychiatric disorders in Iran: a systematic review and meta-analysis. *Int J Prev Med*. 2020;11(1):21. [DOI: [10.4103/ijpvm.ijpvm_510_18](https://doi.org/10.4103/ijpvm.ijpvm_510_18)]
6. Chan JK, Correll CU, Wong CS, Chu RS, Fung VS, Wong GH, et al. Life expectancy and years of potential life lost in people with mental disorders: a systematic review and meta-analysis. *EClinicalMedicine*. 2023;65:1-18. [DOI: [10.1016/j.eclinm.2023.102294](https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2023.102294)]
7. Zhao H, Li L, Zhang X, Shi J, Lai W, Wang W, et al. Global, regional, and national burden of depressive disorders among young people aged 10-24 years, 2010-2019. *J Psychiatr Res*. 2024;170:47-57. [DOI: [10.1016/j.eclinm.2023.102294](https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2023.102294)]
8. World Health Organization. Depression and other common mental disorders: global health estimates. Geneva: WHO; 2017. [Link]
9. Kotola V. Mental health in the workplace: a cost-benefit analysis. Finland: Metropolia University of Applied Sciences; 2024. [Link]
10. Deputy Minister of Health, Ministry of Health, Treatment and Medical Education. Expected programs and indicators in the field of psychosocial health and addiction for 2019. Tehran: Office of Psychological, Social and Addiction Health; 2019. (In Persian). [Link]
11. Owen JM. Program evaluation: forms and approaches. 3rd ed. Routledge; 2020. [DOI: [10.4324/9781003116875](https://doi.org/10.4324/9781003116875)]
12. Kilbourne AM, Beck K, Spaeth-Rublee B, Ramanuj P, O'Brien RW, Tomoyasu N, et al. Measuring and improving the quality of mental health care: a global perspective. *World Psychiatry*. 2018;17(1):30-8. [DOI: [10.1002/wps.20482](https://doi.org/10.1002/wps.20482)]
13. Finney TL. Confirmative evaluation: new CIPP evaluation model. *J Mod Appl Stat Methods*. 2019;18(2):eP3568. [DOI: [10.22237/jmasm/1598889893](https://doi.org/10.22237/jmasm/1598889893)]
14. Stufflebeam DL. CIPP evaluation model checklist: a tool for applying the CIPP model to assess projects and programs. Kalamazoo, MI: Western Michigan University Evaluation Center; 2015. [DOI: [10.1007/978-94-009-6669-7_7](https://doi.org/10.1007/978-94-009-6669-7_7)]
15. Russ-Eft D, Preskill H, Jordan JB. Evaluation in organizations: a systematic approach to enhancing learning, performance, and change. Basic Books; 2024. [Link]
16. Hosseini SN, Mohseni Band Pey A, Karami Matin B, Hosseini SA, Mirzaei Alavijeh M, Jalilian F. Comprehensive evaluation of Shahid Motahari Educational Festival during 2008-2013 based on CIPP evaluation model. *J Med Educ Dev*. 2014;9(2):56-68. [Link]
17. Ashghali-Farahani M, Ghaffari F, Hoseini-Esfidarjani SS, Hadian Z, Qomi R, Dargahi H. Neonatal intensive care nursing curriculum challenges based on context, input, process, and product evaluation model: a qualitative study. *Iran J Nurs Res*. 2018;23(2):111-8. [Link]
18. Validabady Z, Memaryan N, Naserbakht M, Zandifar A, Lotfi M. Challenges of a program for public mental health education with an emphasis on self-care in primary health care: a qualitative study. *J Community Health Res*. 2022;11(4):287-96. [Link]
19. Karimi F, Memaryan N, Ghahari S, Lotfi M. Referral challenges in the mental health program in the primary health care system: a qualitative study. *Depiction Health*. 2022;13(3):347-60. [Link]
20. Tairi F, Asgharnejad Farid AA, Bawhalhari J, Ahmad Ghazizadeh A. Evaluation of the mental health integration program in the rural primary health care system of Sanandaj County. *IJPCP*. 2007;12(2):403-9. (In Persian). [Link]
21. Taban M, Hajebi A, Gholami M, Naserbakht M. Evaluating the performance of community mental health centers in Iran: strengths and challenges. *IJPCP*. 2021;27(2):204-15. [Link]
22. Najimi A, Shafiee F, Haghani F. Evaluation of self-care diabet program in health system based on CIPP evaluation model. *Iran J Med Educ*. 2019;19:472-82. [Link]
23. Raeissi P, Jahanbani E. Evaluation of management performance of mental health program in Khuzestan primary health care system. *IJPCP*. 2003;9(2):40-8. (In Persian). [Link]