

## تحلیل اهمیت - عملکرد برنامه‌های سلامت روان ادغام شده در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه

حامد مصلحی<sup>۱</sup>، ریحانه فیاض<sup>۲\*</sup>، زهرا ولیدآبادی<sup>۳</sup>، ایمان زاغیان<sup>۴</sup>

۱- دکتری تخصصی، دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، تهران، ایران

۲- دکتری تخصصی، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران

۳- کارشناس ارشد، گروه سلامت روان، دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان (انستیتو روانپزشکی تهران)، دانشگاه علوم پزشکی ایران،

تهران، ایران

۴- دانشجوی دوره دکتری، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، البرز، ایران

\*نویسنده رابط: re.fayaz@health.gov.ir

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۹/۱۱ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۱۰/۰۵

### چکیده

زمینه و هدف: پژوهش حاضر باهدف دستیابی به درک عمیق از اهمیت (خدمات مورد انتظار) و عملکرد (خدمات محقق شده) جهت تعیین شاخص‌های اولویت‌دار سلامت روان صورت گرفته است تا در طراحی مداخلات مؤثرتر و با کیفیت‌تر کمک کرده و برنامه‌های سلامت روان جامعه با پر کردن شکاف‌های احتمالی کارآمدتر شوند.

روش کار: پژوهش حاضر از نوع مطالعات ترکیبی می‌باشد. جامعه آماری این مطالعه را تمام مجریان حوزه سلامت روان کشور تشکیل دادند که کل جامعه به عنوان نمونه در نظر گرفته شد و از این بین ۹۹۸ نفر از سراسر کشور مشارکت داشتند. در بخش کمی با استفاده از مدل تحلیل عملکرد-اهمیت (Importance-Performance Analysis (IPA)، اهمیت - عملکرد برنامه‌های در حال اجرا سلامت روان در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه و در بخش کیفی نیز توضیحات تکمیلی به شیوه تحلیل مضمون مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج: بین وضعیت مطلوب و وضعیت فعلی در نظام سلامت روان شکاف وجود دارد، به گونه‌ای که برنامه‌های پیشگیری از همسر آزاری و مراقبت از بدرفتاری با کودک نیاز به تمرکز و تقویت بیشتر دارد. استمرار برنامه‌های مهارت‌های زندگی و مهارت‌های فرزندپروری همچنین برنامه‌های اصول خود مراقبتی در سلامت روان و مصرف مواد، تشخیص و مراقبت اختلالات روان پزشکی و نوجوان سالم من مطلوب و لازم است ولی در برنامه پیشگیری از خودکشی افراط شده و تعدیل هزینه و زمان در آن ضروری است. علاوه بر این، برنامه‌های مداخلات روانی- اجتماعی در بلایا و حوادث، کاهش آسیب مصرف مواد، تقویت بنیان خانواده و خانواده توانا اهمیت پایینی در تدوین استراتژی دارند. نتیجه‌گیری: اقدامات اصلاحی بر اساس اولویت‌بندی حاصل شده می‌تواند در دستور کار مدیران سیستم‌های بهداشتی- درمانی در سطوح اولیه برای بهبود کیفیت خدمات قرار گیرد.

واژگان کلیدی: سلامت روان، مراقب بهداشتی اولیه، مدل تحلیل عملکرد-اهمیت (IPA)

### مقدمه

مبتلا هستند (۱). همچنین مطابق با گزارش موسسه ملی بهداشت روان تقریباً یک نفر از هر ۴ بزرگسال در سراسر جهان، مبتلا به حداقل یک اختلال روانی است (۲، ۳). پژوهش‌های

بر اساس آخرین گزارش سازمان بهداشت جهانی، حدود یک میلیارد نفر از کل جمعیت جهان، به نوعی از اختلالات روانی (از جمله روان‌پریشی، دوقطبی، افسردگی و اضطراب)

از تجربیان گذشتگان می‌تواند علیرغم تلاش‌ها، ناکارآمدی در ارتقا سلامت روان جامعه را در پی داشته باشد.

همگام با گسترش نظام‌های سلامت اهمیت مراقبت‌های بهداشتی اولیه به عنوان اساس یک نظام سلامت کارآمد بیشتر نمایان شده و بهبود کیفیت خدمات ارائه شده در این سطح اهمیت بیشتری می‌یابد. در راستای ارائه راهبردهای مؤثر در اجرایی نمودن برنامه‌های مرتبط با تحول نظام سلامت، توجه به ابعاد برنامه‌های پیشین می‌تواند اطلاعات مهمی را جهت ارتقا و بهبود کیفیت ارائه خدمات فراهم نماید (۱۸-۱۵). از این رو به سبب اهمیت قابل توجه حوزه سلامت روان و اقدامات پیشگیرانه و ارتقایی، سیطره طرح تحول ارتقای سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد از طریق ورود به تحول ساختاری و محتوایی توسعه داده شد تا از این رهگذر، شاهد ارتقای سلامت روان افراد، کاهش ابتلا به اختلالات و جلوگیری از عوامل خطر آسیب‌رسان به سلامت روان، بهبود کیفیت زندگی و بهزیستی افراد در کشور باشیم.

شناخت صحیح موقعیت کنونی کلید طراحی، اصلاح، تغییر و بازنگری یک برنامه است؛ کما اینکه معرفی این چالش‌ها به سیاست‌گذاران سلامت می‌تواند در اتخاذ راهبردهای اجرایی کمک شایان توجهی نماید. همچنین یکی از فعالیت‌های اصلی که نقش بسزایی در ارتقا و بهبود کیفیت خدمات دارد، مسئله ارزیابی برنامه‌های در حال اجرا است تا بتوان با شناسایی موانع و اولویت‌بندی آن را در مسیر مناسبی هدایت کرد. در صورتی که خلأها و ضعف‌های این بخش شناسایی نشود، این احتمال وجود دارد که هزینه‌ای که این سیستم پرداخت می‌کند، بازدهی کافی را نداشته باشد و در صورت عدم برنامه‌ریزی مناسب و بد کارکردی نظام سلامت، هزینه و خسارات زیادی در ابعاد مختلف به جامعه و نظام سلامت تحمیل شود. چه بسا که عدم تحقق نیل به اهداف یکی از ضعف‌های اساسی است که در مطالعات به آن اشاره شده است (۱۹،۷،۱۲) و بررسی‌ها و مشکل‌گشایی به‌موقع مبتنی بر روش‌های علمی و اصولی را می‌طلبد چرا که بیش دربارہ سیستم‌های بهداشتی کشورها برای

انجام شده در زمینه همه‌گیرشناسی اختلالات روانی در ایران نیز حاکی از آن است که شیوع اختلالات روانی در کشور ایران، کمتر از سایر نقاط جهان نیست. این میزان به صورت کلی از ۲۵ تا ۳۱٪ متغیر است (۵،۴). شیوع جهانی بالای اختلالات روانی (۶) و از طرف دیگر عدم توانایی نظام‌های سلامت در پاسخگویی مؤثر و پایدار به نیازها و انتظارات جدید بهداشتی، درمانی و بازتوانی افراد جامعه، گرایش جدی به سمت اصلاحات نظام سلامت به عنوان یکی از راهبردهای اساسی در اعمال تغییرات هدفمند برای افزایش کارایی را به یک موضوع اولویتی تبدیل کرده است (۹-۷، ۴). با توجه به اینکه اصلی‌ترین زنگ خطر آسیب‌های اجتماعی، در اثر عدم وجود سلامت روانی در افراد جامعه به صدا در می‌آید و سلامت روان به عنوان یکی از ملاک‌های تعیین‌کننده سلامت عمومی افراد در نظر گرفته می‌شود و در تضمین پویایی و کارآمدی هر جامعه نقش بسزایی دارد (۱۰)، برنامه‌ریزی در راستای تأمین و ارتقا سلامت روانی افراد جامعه و پیشگیری از بروز اختلالات روانی و پس از آن درمان اختلالات روانی به‌ویژه به صورت گسترده و جامعه‌محور، از اهمیت بالایی برخوردار است.

در کشور ایران نیز در طی چند دهه اخیر، مراقبت‌های سلامت روان به سمت رویکردهای جامعه‌محور تغییر کرده و برنامه‌های متعددی با این هدف در مراقبت‌های بهداشتی اولیه ادغام گردیده‌اند (۱۴-۱۱) با این حال با در نظر گرفتن تحقیقات انجام شده، در ادغام اغلب برنامه‌های بخش سلامت روان در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه بر طراحی، تدوین و اجرایی سازی برنامه‌ها و ساختارهای جدیدتر تأکید شده است، لیکن توجه به برنامه‌های ادغام‌شده، ارزیابی آنها، بررسی اثربخشی و دستاوردهای حاصل، شناسایی موانع و مشکلات، بازنگری در آنها و یا حذف برنامه‌های ناکارآمد تا حد زیادی از نظر دور مانده است. این عدم بازنگری در برنامه‌ها و طراحی و ادغام برنامه‌های جدید بدون ارزیابی و بهره‌گیری

می باشند. اجرای مطالعه به شیوه مجازی با طراحی پرسشنامه به شیوه آنلاین صورت گرفت.

از آنجایی که هدف مطالعه حاضر ارزیابی برنامه های روان شناختی در حال اجرا در مراکز خدمات جامع سلامت تحت پوشش دانشگاه های علوم پزشکی از منظر مجریان برنامه بود جامعه آماری پژوهش حاضر در برگیرنده تمام مجریان حوزه سلامت روان شامل مدیران و کارشناسان سطح معاونتی و ستادی، کارشناسان سلامت روان، مراقبین سلامت، بهورزان و پزشکان عمومی شاغل در مراکز جامع خدمات سلامت شهری و خانه های بهداشت روستایی، در سراسر کشور بود؛ که با استفاده از روش نمونه گیری کل شمار تعداد ۹۹۸ نفر از سراسر کشور مشارکت نمودند.

ابزار پژوهش حاضر در بخش کمی پرسشنامه محقق ساخته - ای بود که داده های مربوط به میزان اهمیت و سطح عملکرد هر یک از برنامه ها در مقیاسی از ۱ تا ۱۰ توسط آن جمع آوری گردید و در انتها داده های حاصل با استفاده از مدل IPA در نرم افزار اکسل مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. اظهار نظر تکمیلی در خصوص برنامه ها با استفاده از سؤالی باز پاسخ صورت گرفت که بخش کیفی مطالعه را تشکیل می داد. تجزیه و تحلیل بخش کیفی نیز با استفاده از روش تحلیل مضمون کمی که به شمارش فراوانی حضور یک واحد تحلیلی مانند یک واژه، یک اصطلاح و در اشکال پیشرفته تر، یک مضمون در متن می پردازد (۴۳)، صورت گرفت.

## نتایج

فاز کمی: پس از بررسی داده های حاصل ارزیابی هر برنامه از منظر دو بعد اهمیت - عملکرد با استفاده از مدل IPA صورت گرفت (۲۲). در ابتدا میانگین هندسی داده های مربوط به سطح عملکرد و درجه اهمیت هر یک از برنامه ها استخراج گردید (جدول ۱). نتایج نشان داد که برنامه های تشخیص و مراقبت از اختلالات روان پزشکی، مهارت های فرزندپروری و مهارت های زندگی بالاترین میزان اهمیت (خدمات مورد انتظار) و همچنین

برنامه ریزی روش های مؤثر برای تقویت سیستم های بهداشتی مهم است (۲۰، ۲۱).

علاوه بر این بررسی این فرآیند به صورت علمی و شواهد محور می تواند در ارتقا کیفیت ارائه خدمات و همچنین ارائه خدمات متناسب با نیاز مراجعین، سودمند باشد، لذا این پژوهش با ارزیابی نظرات مجریان نهایی این حوزه، حاصل شدن درک عمیق از اهمیت (خدمات مورد انتظار) و عملکرد (خدمات محقق شده) برنامه ها می تواند در جهت طراحی مداخلات مؤثرتر و با کیفیت تر کمک کرده و برنامه های سلامت روان با پر کردن شکاف های احتمالی کارآمدتر شوند. همچنین در بازنگری اهداف، خدمات و نحوه ارائه خدمات یاری کننده باشد. از این رو مطالعه حاضر در صدد دستیابی به دیدگاه مجریان حوزه سلامت روان در خصوص ارزیابی برنامه های سلامت روان در حال اجرا در مراکز خدمات جامع سلامت بود تا مبتنی بر آن بتوان نسبت به بهبود اجرای طرح در سطح جامعه اقدامات مقتضی را انجام داد.

## روش کار

مطالعه حاضر از نوع مطالعات ترکیبی می باشد. در ابتدا ۱۳ برنامه در حال اجرای حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد که به عنوان شاخص های عملکرد مراکز ارائه دهنده خدمات سلامت روان در دفتر سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد هستند مشخص گردید. این برنامه ها شامل ۱- برنامه پیشگیری از خودکشی ۲- آموزش مهارت های زندگی ۳- آموزش مهارت های فرزندپروری ۴- اصول خودمراقبتی در سلامت روان و مصرف مواد ۵- مداخلات روانی - اجتماعی در بلایا و حوادث ۶- تشخیص و مراقبت اختلالات روان پزشکی ۷- پیشگیری از همسر آزاری ۸- پیشگیری و مراقبت از بدرفتاری با کودک ۹- کاهش آسیب مصرف مواد ۱۰- تشخیص و مراقبت از اختلالات مصرف دخانیات الکل و مواد ۱۱- نوجوان سالم من (مهارت های فرزندپروری در حوزه اعتیاد) ۱۲- تقویت بنیان خانواده ۱۳- خانواده توانا

تمرکز شود. برنامه‌های مداخلات روانی- اجتماعی در بلایا و حوادث، کاهش آسیب مصرف مواد، تقویت بنیان خانواده و خانواده توانا در این ناحیه با وجودی که از اهمیت و عملکرد پایینی برخوردارند، برای عملکرد سازمان تهدیدکننده نبوده لذا اصلاح فوری نمی‌طلبند.

ربع چهارم (اتلاف منابع): این ربع نقطه قوت فرعی سازمان دارای اهمیت پایین اما عملکرد بالا است. لذا فرآیندهای این بخش موجب اتلاف منابع سازمان می‌شود که بهتر است تلاش و منابع صرف شده در این ناحیه به ناحیه دیگری متمرکز شود. برنامه پیشگیری از خودکشی در حوزه سلامت روان در این ناحیه واقع شده است.

پس از تعیین موقعیت، وزن خام (OW) هر یک از عوامل نیز محاسبه و نرمالیزه (SW) شدند. در نهایت اولویت برنامه‌ها مشخص گردید (جدول ۲). بر اساس وزن محاسبه شده برای هر شاخص در این ناحیه، بایستی اقدام در ابتدا به ترتیب اولویت ۱. پیشگیری از بدرفتاری با کودک ۲. پیشگیری از همسر آزاری صورت پذیرد. اظهار نظرات مشارکت‌کنندگان در خصوص هر یک از برنامه‌ها نیز به شیوه تحلیل مضمون استخراج و به‌عنوان اطلاعات تکمیلی در پیوست ۱ ارائه شده است.

فاز کیفی: نقاط قوت برنامه‌ها

داده‌های این مقوله بسیار پرتکرار و اشاره به عملکرد خوب و مطلوب برنامه‌ها علیرغم وجود امکانات ناکافی و چالش‌های گوناگون در اولویت اکثر شرکت‌کنندگان بود. رایگان بودن خدمات با توجه به دغدغه‌های اقتصادی مراجعین و حضور کارشناسان سلامت روان در مراکز و پایگاه‌های زیرمجموعه در همه مناطق حتی به‌صورت گردشی با هدف تسهیل دسترسی عموم به‌ویژه در مناطق محروم و روستایی، کاهش هزینه‌های رفت و آمد و ارتباط مرکز درمان با مردم حتی با وجود ادغام ناقص و نوظهور جزء دستاوردهای ارزشمند این حوزه عنوان شد. نقش مؤثر آموزش‌ها در کاهش انگ اختلالات روانی به‌واسطه افزایش آگاهی عموم، مناسب بودن اغلب بسته‌های

عملکرد (خدمات محقق شده) را از دیدگاه مدیران و کارشناسان سطح معاونتی و ستادی، کارشناسان سلامت روان، مراقبین سلامت، بهورزان و پزشکان عمومی شاغل در مراکز جامع خدمات سلامت شهری و خانه‌های بهداشت روستایی را کسب کردند و برنامه پیشگیری و مراقبت از بدرفتاری با کودک و کاهش آسیب مصرف مواد بیشترین شکاف را به خود اختصاص داده‌اند.

سپس بر مبنای سطح عملکرد و درجه اهمیت، آستانه میانگین که در واقع مرز بین نواحی چهارگانه در نمودار است به روش حسابی برای تعیین مختصات هر شاخص و نمایش موقعیت آن در ماتریس IPA محاسبه شد (نمودار ۱). مطابق با شبکه دو بعدی تحلیل اهمیت - عملکرد که اهمیت در محور Y و عملکرد در محور X نمایش داده می‌شوند، چهار قسمت موقعیت یافته‌های حاصل را نمایان می‌سازند (۲۳، ۲۲): ربع اول (تمرکز): در این ناحیه اهمیت بسیار بالا، ولی عملکرد ضعیف می‌باشد که نمایانگر نقاط ضعف اصلی سازمان است و عوامل این ناحیه نیازمند اقدام اصلاحی فوری می‌باشند. مطابق با نتایج حاصل دو برنامه پیشگیری از همسر آزاری و پیشگیری از بدرفتاری با کودک که در حوزه برنامه‌های سلامت اجتماعی سازمان هستند در این ناحیه قرار گرفته‌اند.

ربع دوم (حفظ عملکرد): ربع دوم نقاط قوت اصلی سازمان و به‌عنوان مزایای رقابتی، نگهداری به شمار می‌روند که اهمیت و عملکرد بالایی را دارا می‌باشند. برنامه‌های آموزشی مهارت‌های زندگی و مهارت‌های فرزندپروری همچنین برنامه‌های اصول خودمراقبتی در سلامت روان و مصرف مواد، تشخیص و مراقبت اختلالات روان‌پزشکی و نوجوان سالم من (مهارت‌های فرزندپروری در حوزه اعتیاد) در این ناحیه قرار گرفته‌اند.

ربع سوم (اولویت پایین): این ربع نقطه ضعف فرعی سازمان به شمار می‌رود که اهمیت و عملکرد ضعیفی دارد، از طرفی چون اهمیت چندانی ندارد نباید در این بخش زیاد

که حاکی از عدم اطلاع‌سانی‌های مطلوب و کافی می‌باشد (جدول ۱).

## بحث

هدف از پژوهش حاضر، تحلیل اهمیت- عملکرد برنامه‌های در حال اجرای حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد بود. با بررسی ادبیات موجود در زمینه تحلیل اهمیت- عملکرد در این حوزه می‌توان اظهار نمود که علیرغم پژوهش‌های متعدد صورت گرفته در زمینه ادغام سلامت روان در نظام مراقبت‌های بهداشتی، بررسی شکاف بین اهداف در نظر گرفته شده و اهداف محقق شده و اولویت‌بندی برنامه‌ها جهت رفع موانع و یا ارتقا مورد توجه پژوهشگران کمتر قرار گرفته است. این در حالی است که تحلیل اهمیت- عملکرد بعنوان یک رویکرد معتبر برای ارزیابی و بهبود نظام مراقبت بهداشتی اولیه بکار گرفته شده است (۲۵، ۲۴). اگرچه بصورت کلی بررسی علمی و شواهد محور کمک فراوانی به مدیران و برنامه‌ریزان این حوزه خواهد کرد؛ اما تعیین اولویت‌های اقدام، دستیابی به اهداف و اجرای برنامه را تسهیل و تسریع خواهد کرد زیرا با تعیین اولویت‌های اقدام، مدیران تصمیمات اثرگذارتر و مناسب‌تری خواهند گرفت و با اجرای اولویت‌های تعیین شده، دستیابی به دیگر اهداف با سهولت بیشتری صورت خواهد گرفت.

براساس یافته‌ها برنامه‌های حوزه سلامت اجتماعی شامل پیشگیری از همسر آزاری و پیشگیری از بدرفتاری با کودک از دید خبرگان دارای اهمیت بالا اما عملکرد سازمان در آن پایین است؛ بنابراین رویکرد سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان در نیل به ارائه خدمات مؤثر در سلامت روان بایستی در ابتدا متوجه این عوامل باشد و بر آنها تمرکز شود. قرار گرفتن در این ناحیه حاوی این پیام برای مدیران و مسئولین است که این برنامه‌ها نیاز به اقدام اصلاحی محتوایی و ساختاری فوری داشته و بدین لحاظ بایستی در اولویت بالایی جهت ارتقا قرار گیرند، بنابراین سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان برای داشتن عملکرد مطلوب

تدوین شده و قابلیت اجرا در جلسات کوتاه مدت، نقش بسیار غربالگری‌ها در شناسایی زود هنگام افراد در معرض خطر و آسیب‌پذیر، توانمندسازی جمعیت تحت پوشش، رضایت مراجعین و غیره از دیگر دستاوردهای مثبت و نقاط قوت حوزه سلامت روان در نظام مراقبت‌های بهداشتی بود (جدول ۱).

نقاط ضعف برنامه‌ها: کدهای این طبقه نمایانگر مشکلات عمده بر سر راه اجرای برنامه‌ها است. به صورت کلی مطلوب نبودن همکاری تیم سلامت در مبحث سلامت روان که به ضعف اطلاعات پزشکان، مراقبین سلامت و بهورزان به دلیل ناکافی بودن اطلاعات آنان و عدم دریافت آموزش‌های لازم، از جمله ضعف‌های بسیار مهم حوزه سلامت روان در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه گزارش شده است. از طرفی دیگر چالش‌های ارجاع مراجعین به سطوح بالاتر، نبود روانپزشک در سطح بالاتر و به دنبال آن ناقص ماندن پروسه درمان، از دلایل شکاف بین اهمیت و عملکرد برنامه‌های موجود و عدم دستیابی به اهداف تدوین شده می‌باشد. کمبود کارشناس سلامت روان نسبت به جمعیت در مقابل کثرت برنامه‌ها و بسته‌های ادغام شده، طراحی و تدوین برنامه‌ها بدون در نظر گرفتن امکانات و تجهیزات مورد نیاز، شتاب‌زدگی در اجرای برنامه‌های پیشین و عدم ارزیابی پایلوت اولیه برنامه‌ها کاهش کیفیت ارائه خدمات و عملکرد ضعیف را در بر داشته است؛ کما اینکه برخی بسته‌های ادغام شده به دلیل ضعف‌های محتوایی و اجرایی بر نواقص موجود می‌افزایند. عدم همکاری سازمان‌های خارج از حوزه بهداشت، نبود قوانین الزام‌آور، طراحی و تدوین برنامه بدون ایجاد همکاری‌های لازم و کافی، وجود ابهاماتی در دستورالعمل اجرایی به‌ویژه در مبحث سلامت اجتماعی (پیشگیری از همسر آزاری و بدرفتاری با کودک) از عمده ضعف‌های گزارش شده بود. در انتها بی‌اطلاعی عموم از برنامه‌های سلامت روان در مراکز مراقبت- های بهداشتی اولیه بر مراجعه و همکاری ضعیف عموم و نگرش غلط آنان به دلیل نداشتن اطلاعات کافی، دامن می‌زد

آن نیز نمایان شود. بنابراین ضروری است سیستم اجرایی آن نیز به صورت مجزا مورد ارزیابی قرار گیرد.

شایان ذکر است که به دلیل عدم اعتماد، عدم مراجعه و همکاری، پنهان کاری و ترس از افشا، مراجعین در معرض و یا قربانی خشونت در صورت آگاه شدن از هدف غربالگری و آموزش مقاومت شدیدی برای همکاری دارند. از این رو پیشنهاد می‌گردد محتوای آموزشی بسته های کودک آزاری و همسر آزاری در بسته هایی با موضوعات کلی تر و مثبت نظیر خانواده سالم و فرزند پروری ادغام گردد تا عموم جامعه از آن برخوردار شده و مقاومت کمتری را در افراد در معرض آسیب ایجاد نماید. همچنین با توجه به استفاده رو به افزایش عموم از موبایل های هوشمند، استفاده از نرم افزارهای گوناگون ضرورت دارد تا از این پتانسیل نیز کمک گرفت و با بروز کردن روش های مداخله- ای در کمترین زمان ممکن به کمک افراد در معرض و قربانی خشونت خانگی شتافت. مطالعات پیشین نیز بر مداخلات سلامت مبتنی بر فناوری های جدید به عنوان پتانسیلی برای کاهش قرار گرفتن در معرض خشونت خانگی و بهبودی از پیامدهای مرتبط با آن تأکید دارند (۳۱) زیرا این فناوری ها فضای امن و انعطاف پذیری را برای جمعیت هدف در مقایسه با رویکردهای سنتی چهره به چهره فراهم می کند (۳۲، ۳۳) همچنین ناشناس بودن حریم خصوصی را افزایش داده و امکان دسترسی فوری و محرمانه به منابع محلی و دریافت خدمات را فراهم کند (۳۴).

ربع دوم یا حفظ عملکرد شامل عواملی بود که اهمیت و عملکرد بالاتری نسبت به سایر عوامل داشتند، در واقع ناحیه قابل قبول محسوب می شود. این ناحیه شامل برنامه های آموزشی مهارت های زندگی و مهارت های فرزندپروری همچنین برنامه های اصول خودمراقبتی در سلامت روان و مصرف مواد، تشخیص و مراقبت اختلالات روان پزشکی و "نوجوان سالم من" (مهارت های فرزندپروری در حوزه اعتیاد) بود. با توجه به این یافته ها رویکرد مدیران به این عامل می تواند به روز رسانی و تقویت محتوای آموزشی با حفظ چهارچوب ها و مزایای

در حوزه سلامت اجتماعی و دستیابی به پیامدهای مثبت ناشی از آن می بایست تلاش و کوشش بسیاری را صرف بهبود این عوامل کند و وضعیت فعلی را به سوی رسیدن به وضعیت مطلوب تغییر دهند؛ زیرا یافته ها حاکی از آن است که وضعیت این دو برنامه در سطح مطلوب نیست و توجه حیاتی می طلبد. این یافته ها با یافته های تاکی و همکاران که بیان داشتند برنامه های مذکور نتوانسته اند به نحو مطلوب اجرا و به اهداف دست یابد (۲۶)، و موانع و چالش های ادغام خشونت خانگی در نظام مراقبت بهداشتی اولیه در سایر کشورهای جهان (۲۷-۳۰) همخوانی دارد. همان طور که اطلاعات تکمیلی نشان می دهد در اجرای مناسب برنامه رفع نواقص و خطاهای موجود در سؤالات غربالگری اولیه، توجه همکاران تیم سلامت به ویژه مراقبین سلامت، به روز رسانی و تقویت محتوای بسته های آموزشی و آموزش بیشتر آنان در این حوزه بسیار اثرگذار خواهد بود. همسو یا یافته مطالعه ولیدآبادی و لطفی (۱۹) بیشتر چالش های موجود در برنامه سلامت اجتماعی بر عدم همکاری سازمان ها از جمله بهزیستی (اورژانس اجتماعی ۱۲۳) و نیروی انتظامی مبتنی بوده است که به تبع آن اقدامات صورت گرفته در مراقبت- های بهداشتی اثرگذاری کمتری دارد. از این رو پیشنهاد می- شود تدوین برنامه مدون همکاری بین سازمانی به صورت جدی، در دستور کار قرار گیرد. همچنین متمرکز شدن مراقبت های بهداشتی بر آموزش پیشگیرانه و غیر مستقیم و توانمند سازی خانواده ها در فرزندپروری و روابط زوجی به بالابردن عملکرد این واحد در برنامه های سلامت اجتماعی که بر اساس یافته های پژوهش از اهمیت بالایی برخوردار هستند، منجر می گردد. کما اینکه عدم اثربخشی این برنامه می تواند به دلیل اجرای آن به صورت مستقیم و پساویدادی نیز باشد، چرا که شیوه به اجرا درآوردن آن به گونه ای است که نتوانسته اهداف مد نظر را محقق سازد و ممکن است با تغییر شیوه اجرا به صورت پیشگیرانه و غیرمستقیم اثربخشی

آنها شاخص های خودکشی اهمیت بالایی کسب کردند می باشد. در این دو پژوهش ذکر شده برنامه خودکشی در رتبه اول اهمیت در بین شاخص های سلامت روانی قرار گرفته است؛ این امر نشان می دهد بین آنچه متخصصین تصور دارند و آن گونه که برنامه ها واقعا عمل می کنند و اجرا می شود، تفاوت بسیاری وجود دارد که در نهایت بر نگرش کارشناسان تاثیرگذار است. در واقع علیرغم تمرکز بیشتر مدیران و سیاست گذاران بر اهمیت راهبردهای پیشگیری از خودکشی، یافته ها از شکاف شواهد در این خصوص حکایت دارند. رضائیان و همکاران (۳۹) نیز به چالش های عدیده این برنامه اشاره داشته اند، عمده ترین چالش مورد اتفاق نظر در مطالعه حاضر به ناهماهنگی بین بیمارستان ها و اورژانس با شبکه های بهداشتی اشاره دارد که دستیابی به گروه هدف را دشوار می کند کما اینکه عدم همکاری مراجعین و پیگیری های متعدد برنامه پیشگیری از خودکشی بیشترین زمان را در بین سایر برنامه ها به خود اختصاص می دهد و امکان پرداختن به سایر برنامه ها را از کارشناس سلب می کند. مدیران باید توجه داشته باشند که عملکرد خوب در برنامه پیشگیری از خودکشی به منزله وضعیت مطلوب نیست چرا که پرداختن به این برنامه باعث شده است تا اجرایی شدن دیگر برنامه های با اهمیت بالا به تأخیر بیفتد، مانع از اجرایی شدن آنها شود و یا هزینه لازم برای آنها فراهم نباشد لذا لازم است تا از پرداختن به این عوامل تا این حد خودداری شود و توجه و بودجه ها صرف برنامه های با اولویت های اول تا سوم شوند. در واقع این شاخص از دید کارشناسان دارای اهمیت کم ولی عملکرد سازمان در آن بالا است. به عبارت دیگر می توان گفت سازمان منابع زیادی را صرف برنامه ای کرده است که دارای اهمیت چندانی نیست. بنابراین لازم است بخشی از هزینه و منابعی که صرف این شاخص شده است به شاخص هایی که موجبات رضایت بیشتر را فراهم می آورند، اختصاص یابد.

دستیابی به شاخص های اولویت دار با استفاده از رویکرد اهمیت - عملکرد در سایر مطالعات نیز نمایان است که ارزیابی

تکنیکی و تئوری بسته های جاری باشد چرا که فعالیت های انجام شده مربوط به این برنامه ها در عین اهمیت بالایی که دارد از عملکرد خوبی برخوردار بوده است و همسو با مطالعات پیشین در حوزه سلامت روان نیز می باشد (۳۶، ۳۵). در کنار تداوم وضعیت فعلی، استراتژی که لازم است در این راستا در دستور کار مدیران و مسئولین امر قرار گیرد ارتقا و بهبود خدمات با استفاده از موارد اشاره شده در اطلاعات تکمیلی است که بر قوت این برنامه ها می افزاید. در واقع مدیران و مسئولین نباید نسبت به بهبود و توسعه این موارد در آینده غفلت ورزند، بلکه لازم است با توجه به تغییرات در نیازهای افراد و شرایط اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی و محیطی که هر روز پیچیده تر و متغیرتر می گردد، بهبود این موارد را در دستور کار خود قرار دهند.

برنامه هایی که رضایت کم و درجه پایینی از اهمیت را داشتند و از هر دو منظر اهمیت و عملکرد در سطح پایین تری نسبت به سایر برنامه ها قرار دارند شامل برنامه های مداخلات روانی - اجتماعی در بلایا و حوادث، کاهش آسیب مصرف مواد، تقویت بنیان خانواده و خانواده توانا بود. این برنامه ها با وجودی که از اهمیت و عملکرد پایینی برخوردارند، برای عملکرد سازمان تهدیدکننده نیستند. در واقع این شاخص همچنان که دارای اهمیت کمی هست، عملکرد آن در سازمان نیز پایین است اما مشکل چندانی را به وجود نمی آورند. چنین ویژگی هایی برای عملکرد سیستم، تهدیدکننده نبوده و نیازمند به اصلاح فوری نمی باشند؛ البته این بدان معنا نیست که از فرآیند بهبود و توسعه آن غافل شد، بلکه در وضعیت فعلی لازم است تلاش ها بر موارد حساس تر تمرکز یابد و در زمان مقتضی نسبت به بهبود چنین برنامه هایی اقدام گردد.

در انتها برنامه پیشگیری از خودکشی با قرارگیری در ناحیه " اتلاف منابع"، از اهمیت پایین ولی عملکرد بالا حکایت دارد. این یافته با مطالعه عزیزی و همکاران (۳۶) همخوان است اما برخلاف یافته های مطالعات پیشین (۳۸، ۳۷) که در

با تحلیل اهمیت و عملکرد هر یک از برنامه‌ها گامی مؤثر در این راستا برداشت و نتایج پژوهش حاضر می‌تواند برای مدیران سیستم‌های بهداشتی-درمانی در سطوح اولیه برای بهبود کیفیت خدمات، مفید و قابل استفاده باشد.

ابعاد و مؤلفه‌های ارائه خدمات در سازمان‌های گوناگون بدین شیوه توانسته در شناسایی شکاف‌ها، اولویت‌بندی، تدوین خط و مشی‌های اصلاحی و ارتقای کیفیت خدمات و طراحی و اتخاذ تدابیری مناسب با شرایط موجود مؤثر واقع گردد و عملکرد سازمان را به‌طور قابل توجهی بهبود دهند (۴۰-۴۲).

### تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله از کلیه مشارکت‌کنندگانی که از دانشگاه‌های علوم پزشکی و مراکز مراقبت‌های بهداشتی اولیه سراسر کشور در انجام این پژوهش و در دستیابی به اطلاعات مورد نیاز همکاری نموده‌اند، تشکر و قدردانی به عمل می‌آید. این مطالعه با حمایت دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی صورت گرفته است.

### نتیجه‌گیری

نتایج نشان داد که حیطه سلامت اجتماعی بیشترین شکاف در عوامل اصلی موفقیت را دارا می‌باشد، لذا به‌عنوان مهم‌ترین عامل در ارتقای حوزه سلامت روان و برنامه‌ریزی محتوایی و ساختاری مجدد برای آن به شمار می‌رود و مستلزم تمرکز بیشتر مدیران و مجریان می‌باشد. این پژوهش

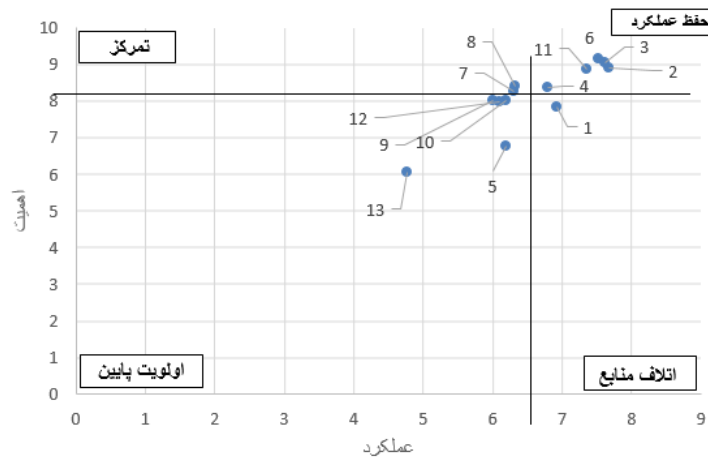
جدول ۱- داده‌های اهمیت - عملکرد و شکاف عملکرد برنامه‌های سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد مطالعه تحلیل اهمیت و عملکرد برنامه‌های سلامت روان ادغام شده در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه

| برنامه  | اهمیت (I) | عملکرد (P) | شکاف (P-I) |
|---|-----------|------------|------------|
| ۱ پیشگیری از خودکشی                                     | ۷/۸۴      | ۶/۹۲       | -۰/۹۲      |
| ۲ مهارت‌های زندگی                                       | ۸/۸۹      | ۷/۶۷       | -۱/۲۲      |
| ۳ مهارت‌های فرزند پروری                                 | ۹/۰۳      | ۷/۶۲       | -۱/۴۱      |
| ۴ خودمراقبتی در سلامت روان و مصرف مواد                  | ۸/۳۵      | ۶/۷۸       | -۱/۵۷      |
| ۵ مداخلات روانی- اجتماعی در بلایا و حوادث               | ۶/۷۵      | ۶/۱۸       | -۰/۵۷      |
| ۶ تشخیص و مراقبت اختلالات روان‌پزشکی                    | ۹/۱۵      | ۷/۵۲       | -۱/۶۳      |
| ۷ پیشگیری از همسر آزاری                                 | ۸/۲۷      | ۶/۳۰       | -۱/۹۷      |
| ۸ پیشگیری و مراقبت از بذر رفتاری با کودک                | ۸/۳۹      | ۶/۳۲       | -۲/۰۷      |
| ۹ کاهش آسیب مصرف مواد                                   | ۷/۹۹      | ۵/۹۹       | -۲         |
| ۱۰ تشخیص و مراقبت از اختلالات مصرف دخانیات              | ۸         | ۶/۱۹       | -۱/۸۱      |
| ۱۱ نوجوان سالم من (مهارت‌های فرزندپروری در حوزه اعتیاد) | ۸/۸۷      | ۷/۳۵       | -۱/۵۲      |
| ۱۲ تقویت بنیان خانواده                                  | ۷/۹۷      | ۶/۰۹       | -۱/۸۸      |
| ۱۳ خانواده توانا  | ۶/۰۶      | ۴/۷۵       | -۱/۳۱      |



جدول ۲- وزن و اولویت شاخص ها در مطالعه تحلیل اهمیت و عملکرد برنامه های سلامت روان ادغام شده در نظام مراقبت های بهداشتی اولیه

| اولویت | نرمالیزه | وزن خام | برنامه  |
|--------|----------|---------|---|
| ۱۲     | ۰/۰۴۴    | ۷/۱۸    | ۱ پیشگیری از خودکشی                                     |
| ۱۰     | ۶/۰۶۶    | ۱۰/۸۴   | ۲ مهارت های زندگی                                       |
| ۹      | ۰/۰۷۷    | ۱۲/۷۱   | ۳ مهارت های فرزند پروری                                 |
| ۸      | ۰/۰۸۰    | ۱۳/۱۱   | ۴ خودمراقبتی در سلامت روان و مصرف مواد                  |
| ۱۳     | ۰/۰۲۳    | ۳/۸۴    | ۵ مداخلات روانی- اجتماعی در بلایا و حوادث               |
| ۵      | ۰/۰۹۱    | ۱۴/۹۱   | ۶ تشخیص و مراقبت اختلالات روان پزشکی                    |
| ۲      | ۰/۰۹۹    | ۱۶/۳۰   | ۷ پیشگیری از همسر آزاری                                 |
| ۱      | ۰/۱۰۶    | ۱۷/۳۸   | ۸ پیشگیری و مراقبت از بدرفتاری با کودک                  |
| ۳      | ۰/۰۹۷    | ۱۵/۹۷   | ۹ کاهش آسیب مصرف مواد                                   |
| ۶      | ۰/۰۸۸    | ۱۴/۴۹   | ۱۰ تشخیص و مراقبت از اختلالات مصرف دخانیات الکل و مواد  |
| ۷      | ۰/۰۸۲    | ۱۳/۴۷   | ۱۱ نوجوان سالم من (مهارت های فرزندپروری در حوزه اعتیاد) |
| ۴      | ۰/۰۹۱    | ۱۴/۹۶   | ۱۲ تقویت بنیان خانواده                                  |
| ۱۱     | ۰/۰۴۸    | ۷/۸۹    | ۱۳ خانواده توانا  |



آستانه عملکرد: ۶,۵۹

**نمودار ۱-** نمودار نواحی چهارگانه اهمیت - عملکرد ماتریس IPA در مطالعه تحلیل اهمیت و عملکرد برنامه‌های سلامت روان ادغام شده در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه (۱). پیشگیری از خودکشی (۲). آموزش مهارت‌های زندگی (۳). آموزش مهارت‌های فرزندپروری (۴). اصول خودمراقبتی در سلامت روان و مصرف مواد (۵). مداخلات روانی-اجتماعی در بلایا و حوادث (۶). تشخیص و مراقبت اختلالات روان‌پزشکی (۷). پیشگیری از همسر آزاری (۸). پیشگیری و مراقبت از بدرفتاری با کودک (۹). کاهش آسیب مصرف مواد (۱۰). تشخیص و مراقبت از اختلالات مصرف دخانیات الکل و مواد (۱۱). نوجوان سالم من (مهارت‌های فرزندپروری در حوزه اعتیاد) (۱۲). تقویت بنیان خانواده (۱۳). خانواده توانا

## References

1. WHO. The health argument and Mental disorders 2021-2022 [Available from: <https://www.who.int/key-messages#:~:text=The%20health%20argument,of%20adults%20suffer%20from%20depression.https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>].
2. National Institute of Mental Health. Mental illness 2020. Available from: <https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/mental-illness.shtml>.
3. WHO. World Health Statistics 2023 Available from: <https://www.who.int/data/gho/publications/world-health-statistics>.
4. Taheri Mirghaed M, Abolghasem Gorji H, Panahi S. Prevalence of Psychiatric Disorders in Iran: A Systematic Review and Meta-analysis. *Int J Prev Med.* 2020;11:21.
5. Noorbala AA, Maleki A, Bagheri Yazdi SA, Faghihzadeh E, Hoseinzadeh Z, Hajibabaei M, et al. Survey on Mental Health Status in Iranian Population Aged 15 and Above One Year after the Outbreak of COVID-19 Disease: A Population-Based Study. *Arch Iran Med.* 2022;25(4):201-208.
6. James SL, Abate D, Abate KH, Abay SM, Abbafati C, Abbasi N, et al. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet.* 2018;392(10159):1789-858.
7. Rafiei N, Demari B, Hajebi A, Amir Esmaeili M. Promoting Mental Health, from Documentation to Practice. *Iranian Journal of Culture and Health Promotion.* 2021;5(3):311-5.
8. Bolhari J, Kabir K, Hajebi A, Bagheri Yazdi SA, Rafiei H, Ahmadzad Asl M, et al. Revision of the Integration of Mental Health into Primary Healthcare Program and the

- Family Physician Program. *ijpcp*. 2016;22(2):134-46.
9. Damari B, Alikhani S, Riazi-Isfahani S, Hajebi A. Transition of Mental Health to a More Responsible Service in Iran. *Iran J Psychiatry*. 2017;12(1):36-41.
  10. Jahanian A, Pourali MR, Maranjori M, Taghiporiyani Y. Effect of Mental Health on Behavioral Inhibition and Professional Judgment of Certified Accountants with an Emphasis on Conflict Theory (Original Article). *arumsj*. 2020; 23(1):48-65.
  11. Azizi H, Fakhari A, Farahbakhsh M, Esmaeili ED, Mirzapour M. Outcomes of community-based suicide prevention program in primary health care of Iran. *International Journal of Mental Health Systems*. 2021;15(1):67.
  12. 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. *Journal of Community Health Research*. 2022;11(4):287-96.
  13. Bolhari J, Zojaji A, Karimi-Kisomi I, Nazari-Jeirani M, Tabaee S. Urban Mental Health Service: Primary Health Care Model with Community Participation. *ijpcp*. 2011;17(2):110-5.
  14. Mehrolhasani MH, Rafiee N, Ghasemi S. The Package for Mental and Social Health Promotion and Drug Abuse Prevention in the Health Transformation Plan: Executive Leadership Challenges and Suggestions. *Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research*. 2020;18(3):245-60.
  15. Doshmangir L, Moshiri E, Mostafavi H, Sakha MA, Assan A. Policy analysis of the Iranian Health Transformation Plan in primary healthcare. *BMC Health Services Research*. 2019;19(1):670.
  16. Olyaeemanesh A, Behzadifar M, Mousavinejhad N, Behzadifar M, Heydarvand S, Azari S, et al. Iran's Health System Transformation Plan: A SWOT analysis. *Med J Islam Repub Iran*. 2018; 32:39.
  17. Kalroozi F, Mohammadi N, Farahani MA, Aski BH, Anari AM. A critical analysis of Iran health system reform plan. *Journal of Education and Health Promotion*. 2020;9.
  18. Kiani MM, Khanjankhani K, Shirvani M, Ahmadi B. Strengthening the Primary Health Care System in Iran: A Comprehensive Review Study. *Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research*. 2020;18(2):121-38.
  19. Validabady Z, lotfi M. The Needs of Self-Care and Community Mental Health Education. *Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research*. 2022;20(1):81-96.
  20. Nashat N, Hadjij R, Al Dabbagh AM, Tarawneh MR, Alduwaisan H, Zohra F, et al. Primary care healthcare policy implementation in the Eastern Mediterranean region; experiences of six countries: Part II. *Eur J Gen Pract*. 2020;26(1):1-6.
  21. Mosadeghrad AM, Heydari M, Esfahani P. Primary Health Care Strengthening Strategies in Iran: A Realistic Review. *Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research*. 2022;19(3):237-58.
  22. Martilla JA, James JC. Importance-Performance Analysis. *Journal of Marketing*. 1977;41(1):77-9.
  23. Wyród-Wróbel J, Biesok G. Decision making on various approaches to Importance-Performance Analysis (IPA). *European Journal of Business Science and Technology*. 2017;3(2):123-31.
  24. Ogaji DS. Identifying primary health-care challenges using the importance-performance analysis: implications for a low- and middle-income country. *Nigerian Journal of Medicine*. 2022;31(5):562-8.
  25. Susianti N, Rachmawati T, Andayasari L, Subhan A, Yulianto A. Priority Attribute Enhancement Quality Individual Health Efforts (IHE) according to the Service

- Quality Model at Public Health Centers (PHC) in the Sarolangun Regency, Jambi Province.
26. Taaki F, Ghahhari S, Lotfi M, Memaryan N. Evaluation of the Short-Time Empowerment Intervention Package of the Ministry of Health and Medical Education of Iran to Reduce Domestic Violence. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 2023.[In Press]
  27. Bacchus LJ, d'Oliveira AFPL, Pereira S, Schraiber LB, Aguiar JMd, Graglia CGV, et al. An evidence-based primary health care intervention to address domestic violence against women in Brazil: a mixed method evaluation. *BMC Primary Care*. 2023;24(1):198.
  28. d'Oliveira AFPL, Pereira S, Schraiber LB, Graglia CGV, Aguiar JMd, Sousa PCd, et al. Obstáculos e facilitadores para o cuidado de mulheres em situação de violência doméstica na atenção primária em saúde: uma revisão sistemática. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. 2020;24.
  29. Hudspeth N, Cameron J, Baloch S, Tarzia L, Hegarty K. Health practitioners' perceptions of structural barriers to the identification of intimate partner abuse: a qualitative meta-synthesis. *BMC Health Services Research*. 2022;22(1):96.
  30. García-Quinto M, Briones-Vozmediano E, Otero-García L, Goicolea I, Vives-Cases C. Social workers' perspectives on barriers and facilitators in responding to intimate partner violence in primary health care in Spain. *Health & Social Care in the Community*. 2022;30(1):102-13.
  31. Emezue C, Chase J-AD, Udmuangpia T, Bloom TL. Technology-based and digital interventions for intimate partner violence: A systematic review and meta-analysis. *Campbell Systematic Reviews*. 2022;18(3):e1271.
  32. Sabri B, Saha J, Lee J, Murray S. Conducting Digital Intervention Research among Immigrant Survivors of Intimate Partner Violence: Methodological, Safety and Ethical Considerations. *Journal of Family Violence*. 2023;38(3):447-62.
  33. Storer HL, Nyerges EX, Hamby S. Technology “Feels Less Threatening”: The processes by which digital technologies facilitate youths' access to services at intimate partner violence organizations. *Children and Youth Services Review*. 2022; 139:106573.
  34. El Morr C, Layal M. Effectiveness of ICT-based intimate partner violence interventions: a systematic review. *BMC Public Health*. 2020; 20(1):1372.
  35. Malakouti SK, Keshavarz Akhlaghi A, Shirzad F, Rashedi V, Khlafbeigi M, Moradi Lakeh M, et al. Urban Mental Health Initiative: Developing Interdisciplinary Collaboration, the Role of the Family Physician in Management of Severe Mentally Ill Patients. *ijpcp*. 2021;27(1):104-19.
  36. Abbasali D, Majid K, Vahab R, Solmaz A, Hojatolah G, Saber A-A, et al. Mental Health Services Integration in Primary Health Care in Iran: A Policy Analysis. *Iranian Journal of Psychiatry*. 2023;0(0).
  37. Mohamadi k, Ahmadi K, Fathi Ashtiani A, Azad Fallah p, Ebadi A. Development of Mental Health Indicators in Iran. *Iranian Journal of Health Education and Health Promotion*. 2014;2(1):37-48. [Persian]
  38. Rahimi-Movaghar A, Amin-Esmaeili M, Hefazi M, Rafiey H, Shariat SV, Sharifi V, et al. National Priority Setting for Mental Health in Iran. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2014;20(3):189-200.
  39. Rezaeian M, Platt S, Arensman E. Iran's National Suicide Prevention Program. *Crisis*. 2021;43(4):344-7.
  40. Lu S-J, Kao H-O, Chang B-L, Gong S-I, Liu S-M, Ku S-C, et al. Identification of quality gaps in healthcare services using the SERVQUAL instrument and importance-performance analysis in medical intensive care: A prospective study at a medical center

- in Taiwan. BMC Health Services Research. 2020;20(1):908.
41. Khalillo R, Abdolhamid M, Rezaeian A. Significance Analysis - The Performance of the Banking System Reform Policies of the Islamic Republic of Iran with the Islamic Banking Approach. Monetary & Financial Economics. 2023;30(26).
42. Markazi-Moghaddam N, Kazemi A, Alimoradnori M. Using the importance-performance analysis to improve hospital information system attributes based on nurses' perceptions. Informatics in Medicine Unlocked. 2019;17:100251.

## Analysis of the Importance and Performance of Mental Health Programs in the Primary Health Care System in Iran

Hamed Moslehi<sup>1</sup>, Reyhaneh Fayyaz<sup>\*2</sup>, Zahra Validabady<sup>3</sup>, Iman Zaghian<sup>4</sup>

- 1- Ph.D., Department of Mental, Social and Addiction Health Group, Ministry of Health and Medical Education, Tehran, Iran.
- 2- Ph.D., Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Tehran University, Tehran, Iran. Corresponding Author: Rfayyaz@ut.ac.ir
- 3- MSc, Department of Mental Health, School of Behavioral Sciences and Mental Health (Tehran Institute of Psychiatry), Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
- 4- Ph.D. Student, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Kharazmi University, Alborz, Iran

\*Corresponding Author: hsajjadi@tums.ac.ir

Received: Dec 2, 2023

Accepted: Dec 26, 2023

### ABSTRACT

**Background and Aim:** The objective of this study was to gain a deep understanding of the importance (expected services) and performance (services provided) of mental health services to determine the priority indicators of mental health to help design higher quality and more effective community mental health interventions.

**Materials and Methods:** This was a mixed-method study including all the mental health executives and practitioners (n=998) in Iran. In the quantitative part, the Importance-Performance Analysis (IPA) model was used to determine the importance and performance of the current mental health programs in the primary health care (PHC) system, and in the qualitative part complementary explanations were analyzed using the thematic analysis method.

**Results:** The findings show that there were gaps between the expected services and the services provided in the mental health program. Thus, the following points should be taken into account to be able to improve the mental health services: 1. Strengthening the domestic violence prevention program as regards spouse misbehavior and misbehavior towards children; 2. Continuation of lifestyle skills and parenting programs, 3. Self-care in mental health and drug use programs; 4. psychiatric disorders diagnosis and care and a healthy adolescents program is desirable and necessary, but revising and modifying the suicide prevention program (as regards costs and treatment) are essential. 5. In addition, the psycho-social intervention programs in disasters, addiction harm reduction program, strengthening family foundation and the *Competent Family Program* are of low importance in formulating a strategy.

**Conclusion:** Corrective actions based on the prioritizations determined can be included in the working agenda of the managers of mental health care systems at the primary levels to improve the quality of mental health services.

**Keywords:** Mental Health, Primary Health Care, Importance-Performance Analysis (IPA) Model

Copyright © 2023 Tehran University of Medical Sciences. Published by Tehran University of Medical Sciences.



This work is licensed under a Creative Commons Attribution-Non-Commercial 4.0 International license (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>). Non-commercial uses of the work are permitted, provided the original work is properly cited.