

## Referral Challenges in the Mental Health Program in the Primary Health Care System: A Qualitative Study

Fatemeh Karimi<sup>1</sup> , Nadereh Memaryan<sup>2\*</sup> , Shahrbanoo Ghahari<sup>1</sup> , Mozhgan Lotfi<sup>1</sup> 

<sup>1</sup> Department of Mental Health, School of Behavioral Sciences and Mental Health, Tehran Institute of Psychiatry, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

<sup>2</sup> Spiritual Health Research Center, Department of Mental Health, School of Behavioral Sciences and Mental Health, Tehran Institute of Psychiatry, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

### ARTICLE INFO

#### Article Type:

Original Article

#### Article History:

Received: 18 Aug 2021

Accepted: 10 Mar 2022

ePublished: 12 Sep 2022

#### Keywords:

Primary Health Care,  
Mental Health,  
Referral and  
Consultation

### Abstract

**Background.** One of the main activities that plays a significant role in the prevalence of mental illnesses is the issue of referral. According to the evidence, the lack of proper implementation of the referral system is one of the obvious weaknesses of the Primary Health Care (PHC) system. Therefore, this study aimed to investigate the challenges of referring mental health clients in the PHC system in Iran. We also examined the weaknesses in this process from the perspective of mental health experts.

**Methods.** The present study is a qualitative study with conventional content analysis approach. Data were collected through semi-structured interviews with 15 PHC psychologists selected through purposive sampling. After transcribing the interviews, the data were analyzed based on the Graneheim and Landman model.

**Results.** We identified two main themes and 12 categories. The theme of intra-centered referential challenges included categories such as weaknesses in health care providers screening and low referrals, clients' lack of trust in health care providers, clients' lack of cooperation, physicians' poor cooperation, and barriers to clients' desire to visit a psychologist. Meanwhile, outer-centered referential challenges included a shortage of referral centers, lack of transparency in referrals, lack of direct referrals, poor follow-up, barriers regarding referral to a higher level, and barriers to clients' referral to the institute.

**Conclusion.** The findings of the present study showed that poor intra-sectoral and inter-sectoral communication is one of the main challenges that has disrupted the referral process in the field of mental health in the PHC system. Many challenges such as the lack of designated referral centers, poor follow-up due to lack of referral feedback, and clients' financial inability to refer to a higher level can be improved by strengthening cross-sectoral communications such as two-way communication with support organizations and psychiatric and psychotherapy centers.

Karimi F, Memaryan N, Ghahari Sh, Lotfi M. Referral Challenges in the Mental Health Program in the Primary Health Care System: A Qualitative Study. *Depiction of Health*. 2022; 13(3): 347-360. doi: 10.34172/doh.2022.39. (Persian)

\* Corresponding author; Nadereh Memaryan, E-mail: [memaryan.n@iums.ac.ir](mailto:memaryan.n@iums.ac.ir)



## Extended Abstract

### Background

The Primary Health Care (PHC) system is the first level of contact of the individual, family, and community with the health system, through which essential health care is made available to families and individuals. Given the access of people to this system, and the suitability of this platform for the implementation of mental health programs, the integration of mental health services in this system has been one of the most important achievements of the last 50 years. However, the issue of referral plays a vital role in providing mental health services in this system because the reception of clients and their guidance in receiving the required services is done in a referral process.

Since the lack of proper implementation of the referral system is one of the obvious weaknesses of the PHC system, this study aimed to investigate the challenges of referring mental health clients from the perspective of mental health experts in the PHC system in Tehran, Iran.

### Methods

The present study is a qualitative study with a conventional content analysis approach. Using a purposeful sampling method, interviews with 15 participants were conducted and data saturation was obtained.

Data were collected through semi-structured interviews with psychologists in the PHC system. Interviews and data collection were gradually completed over seven months and the interviews lasted for 33-108 minutes (average: 65 minutes). During the interviews, code of ethics such as confidentiality and obtaining informed consent were observed, and the interviews were conducted in a calm environment with prior coordination with the participants. After transcribing the interviews, the data were analyzed based on the Graneheim and Landman model.

The inclusion criteria were job experience (at least 2 years) and being employed as a mental health expert in the Comprehensive Urban Health Services Center. The exclusion criteria were lack of job experience or having worked as a mental health expert at the relevant centers but having a different job status at present.

### Results

We identified two main themes and 12 categories. The first theme was related to intra-centered referential challenges in relation to the challenges and weaknesses in the process of referral of clients in health centers, i.e., referral from health care providers and physicians to mental health experts. This theme had five categories: weaknesses in health care screening and low referral, patients' lack of trust in health care providers, clients' lack of cooperation, poor cooperation of physicians, and barriers to clients' desire to visit a psychologist (Table 2). The second theme was related to outer-centered referential challenges, which considered weaknesses and gaps in the referral process to higher and out-of-center referrals for more specialized services. This theme had six categories: lack of centers for referral, lack of transparency in referral, lack of direct referral, poor follow-up, barriers for clients to go to a higher level, and barriers to referral of clients to Tehran Institute of Psychiatry (Table 3).

### Conclusion

The findings of the present study showed that poor intra-sectoral and inter-sectoral communication is one of the main issues that has disrupted the referral process in the field of mental health in the primary health care system. Many challenges such as the lack of designated referral centers, poor follow-up due to lack of referral feedback, and clients' financial inability to refer to a higher level can be improved by strengthening cross-sectoral communication such as two-way communication with support organizations and psychiatric and psychotherapy centers. Accordingly, the following reforms are recommended: increasing the correct and continuous training of health care providers regarding the significance of mental health and proper screening by the headquarters and health deputy, providing qualitative and continuous monitoring of caregivers screening in mental health and referral instead of quantitative monitoring, and shortening the referral process and rising the level of referrals at low cost for clients.

## چالش‌های ارجاع در برنامه سلامت روان در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه: یک مطالعه کیفی

فاطمه کریمی<sup>۱</sup>، نادره معماریان<sup>۲\*</sup>، شهریانو قهاری<sup>۱</sup>، مژگان لطفی<sup>۱</sup>

<sup>۱</sup> گروه آموزشی سلامت روان، دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان، انستیتو روانپزشکی تهران، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، تهران، ایران

<sup>۲</sup> مرکز تحقیقات سلامت معنوی، گروه آموزشی سلامت روان، دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان، انستیتو روانپزشکی تهران، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، تهران، ایران

### چکیده

**زمینه.** یکی از فعالیت‌های اصلی که نقش به‌سزائی در میزان شیوع بیماری‌های روانی دارد، مسئله ارجاع است و طبق پژوهش‌ها عدم تحقق مناسب نظام ارجاع یکی از ضعف‌های بارز سیستم مراقبت‌های بهداشتی اولیه می‌باشد. لذا این پژوهش با هدف بررسی چالش‌های ارجاع مراجعین سلامت‌روان در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه صورت گرفته است و ضعف‌های موجود در این فرآیند از دیدگاه کارشناسان سلامت روان مراکز بهداشتی درمانی بررسی شد.

**روش کار.** پژوهش حاضر یک مطالعه کیفی از نوع تحلیل محتوای قراردادی است. گردآوری داده‌ها از طریق مصاحبه‌های نیمه ساختاریافته با روانشناسان سیستم مراقبت‌های بهداشتی اولیه انجام شده است. ۱۵ نفر از طریق نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. پس از پیاده‌سازی مصاحبه‌ها، داده‌ها براساس روش آنالیز گرانهایم و لاندمن مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

**یافته‌ها.** تحلیل داده‌ها منجر به استخراج دو مقوله و دوازده طبقه شد. مقوله چالش‌های ارجاعی درون مرکز در برگیرنده طبقاتی از قبیل ضعف در غربالگری مراقبین سلامت و ارجاع پایین، عدم اعتماد مراجعین به مراقبین سلامت، عدم همکاری مراجعین، همکاری ضعیف پزشک، موانع تمایل مراجعین به ویزیت روانشناس بود. چالش‌های ارجاعی برون مرکز نیز شامل کمبود وجود مراکز برای ارجاع، عدم شفافیت در ارجاع، نبود ارجاع مستقیم، پیگیری ضعیف، وجود موانع رجوع مراجعین به سطح بالاتر و موانع ارجاع مراجعین به انستیتو بود.

**نتیجه‌گیری.** یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد که ارتباطات درون بخشی و بین بخشی ضعیف از عمده‌ترین مسائلی است که در فرآیند ارجاع مراجعین حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد خلل وارد کرده است. به نظر می‌رسد بسیاری از چالش‌ها از جمله کمبود مراکز مشخص شده جهت ارجاع، ضعف پیگیری به‌دنبال عدم بازخورد ارجاع، ناتوانی مالی مراجعین جهت مراجعه به سطح بالاتر، با تقویت ارتباطات بین بخشی مانند ارتباط دو طرفه با سازمان‌های حمایتی و مراکز روانپزشکی و روان‌درمانی قابل بهبود پیدا کردن باشد.

### اطلاعات مقاله

#### نوع مقاله:

مقاله پژوهشی

#### سابقه مقاله:

دریافت: ۱۴۰۰/۰۵/۲۷

پذیرش: ۱۴۰۰/۱۲/۱۹

انتشار برخط: ۱۴۰۱/۰۶/۲۱

#### کلیدواژه‌ها:

مراقبت‌های بهداشتی اولیه، سلامت روان، ارجاع و مشاوره

### مقدمه

بهداشت روان به‌معنای تامین و ارتقاء سلامت روانی فردی و اجتماعی، پیشگیری از ابتلا، درمان مناسب بیماری‌های روانی و توانبخشی بیماران روانی است و یکی از مهمترین دستاوردهای نیم قرن اخیر در این زمینه، ادغام خدمات بهداشت روان در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه اجتماعی، همچنین اولین سطح تماس فرد، خانواده و جامعه با نظام سلامت کشورها است.<sup>۱</sup>

طرح ادغام بهداشت روان در مراقبت‌های بهداشتی اولیه در سال ۱۳۶۷ در شهرکرد و شهرضا به مرحله اجرا گذاشته شد که هدف آن بررسی اثربخشی ادغام بهداشت

بهداشت روان به‌معنای تامین و ارتقاء سلامت روانی فردی و اجتماعی، پیشگیری از ابتلا، درمان مناسب بیماری‌های روانی و توانبخشی بیماران روانی است و یکی از مهمترین دستاوردهای نیم قرن اخیر در این زمینه، ادغام خدمات بهداشت روان در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه (PHC: Primary Health Care) می‌باشد که هدف کلی آن تامین، حفظ و بالا بردن سطوح سلامت روان افراد جامعه بوده است.<sup>۱-۳</sup> منظور از سیستم مراقبت‌های بهداشتی اولیه،

\* پدیدآور رابط: نادره معماریان، آدرس ایمیل: memaryan.n@iums.ac.ir

پزشک مرکز و پزشک در صورت نیاز، مراجع را جهت دریافت خدمات روانی اجتماعی به روانشناس مرکز ارجاع می‌دهد. در گام بعدی، پس از آنکه مراجع به روانشناس ارجاع داده شد، روانشناس طبق پروتکل مشخص شده به ارائه خدمات می‌پردازد و در صورت عدم بهبودی مراجع و نیاز وی به خدمات تخصصی، می‌بایست ارجاع مراجع به سطح بالاتر، توسط پزشک مرکز انجام گیرد. به عبارتی نظام ارجاع به‌گونه‌ای تبیین می‌گردد که کارکنان سطح پایین در صورتی که قادر به تشخیص یا درمان بیماران نباشند به سطح بالاتر که واجد کارکنانی در سطوح عالی‌تر تحصیلی بوده و قادرند خدمات تخصصی‌تر را در ابعادی وسیع‌تر عرضه نمایند، ارجاع دهند.<sup>۸</sup>

یکی از فعالیت‌های اصلی که نقش به‌سزائی در کنترل بیماری‌های روانی دارد، مسئله ارجاع است و مهم است که بتوان مراجعینی که نیاز به خدمات تخصصی‌تر دارند را شناسایی و در مسیر مناسبی هدایت کرد. در صورتی که خلاها و ضعف‌های این بخش شناسایی نشود، این احتمال وجود دارد که هزینه‌ای که این سیستم جهت شناسایی و بهبود این مراجعین پرداخت می‌کند، بازدهی کافی را نداشته باشد. چه بسا که عدم تحقق مناسب نظام ارجاع یکی از ضعف‌هایی است که در تعدادی از پژوهش‌ها به آن اشاره شده است.<sup>۹-۱۱</sup> علاوه بر این بررسی این فرآیند به صورت علمی و میدانی می‌تواند برای ارتقاء کیفیت ارائه خدمات و همچنین ارائه خدمات متناسب با نیاز مراجعین، سودمند باشد، لذا این پژوهش با هدف بررسی چالش‌های ارجاع مراجعین سلامت‌روان در سیستم مراقبت‌های بهداشتی اولیه صورت گرفته است و ضعف‌های موجود در این فرآیند از دیدگاه کارشناسان سلامت روان مراکز بهداشتی درمانی بررسی شد. بنابراین سوال ما در این پژوهش آن بود که، از دیدگاه کارشناسان سلامت روان مراکز بهداشتی درمانی، در فرآیند ارجاع مراجعین سلامت روان، چه ضعف‌هایی وجود دارد؟

### روش کار

پژوهش کیفی حاضر براساس روش تحلیل محتوای قراردادی انجام شد. برای انتخاب نمونه‌ها از روش نمونه‌گیری هدفمند استفاده شد و مصاحبه با ۱۵ شرکت‌کننده (۱۳ زن و ۲ مرد) داده‌ها را به اشباع رساند. انجام مصاحبه و جمع‌آوری داده‌ها به تدریج طی ۷ ماه از آذرماه ۱۳۹۹ تا

روان در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه بود.<sup>۱۰</sup> چون نتایج این بررسی، اثربخشی آن را نشان داد، برنامه ادغام بهداشت روان در سیستم مراقبت‌های بهداشتی اولیه در ایران اواخر دهه ۶۰ آغاز و به‌عنوان نهمین جزء وارد این نظام مراقبتی شد و گسترش آن در کشور صورت گرفت.<sup>۱۱</sup>

به منظور بهبود اجرای این برنامه، در سال ۱۳۹۲، در راستای طراحی و استقرار طرح تحول نظام سلامت در حوزه بهداشت، کارشناس سلامت روان به‌عنوان یکی از بازوهای اصلی مداخله در جهت ارائه خدمات روانشناختی در سطح اول ارائه خدمات سلامت، در کنار پزشک عمومی و سایر اعضای تیم سلامت در مراکز جامع سلامت شهری قرار گرفت تا براساس فلوچارت‌های ارائه خدمات در حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد انجام وظیفه نماید. اغلب مداخلات مختصری که در نظام مراقبت‌های اولیه برای مدیریت اختلالات روان‌پزشکی طراحی و اجرا می‌شود مبتنی بر مهارت‌آموزی، آموزش‌های روانشناختی و رویکرد شناختی رفتاری مختصر است. همچنین تعداد جلسات ارائه خدمات کاهش یافته و تمرکز جلسات به ویژه روی آموزش روانشناختی، مهارت‌آموزی و شناسایی و تغییر رفتارهایی است که مسئول مشکل فعلی هستند. این مختصرسازی مداخلات علاوه بر مزایای روشن آن از جمله قابل دسترس‌ساختن آن برای تعداد بیشتری از افراد که نیاز به کمک دارند، کاملاً با ملاحظات زمانی و مکانی مراکز مراقبت‌های اولیه تناسب دارد، بنابراین سیستم مراقبت‌های بهداشتی اولیه به دلایل پذیرش آسان، ساز و کار اجرایی مناسب و موثر بودن سامانه، بستر مناسبی برای اجرای برنامه بهداشت روان است.<sup>۱۲،۱۳</sup>

لازم به ذکر است که اجرای برنامه ادغام بهداشت روان در سیستم مراقبت‌های بهداشتی اولیه مبتنی بر فرآیند ارجاع بین مراقبین سلامت، پزشک و روانشناس می‌باشد. فرآیند ارجاع به این صورت می‌باشد که پس از آنکه غربالگری اولیه مراجع توسط مراقبین سلامت انجام شد، در صورتی که غربالگری مراجع در حوزه‌های سلامت روان، اجتماعی و اعتیاد منفی باشد، مراقب سلامت در خصوص دریافت آموزش مهارت‌های زندگی، فرزندپروری، خودمراقبتی و مشاوره فردی از روانشناس مرکز به او اطلاع رسانی می‌کند و در صورت تمایل، مراجع به کارشناس سلامت روان مرکز ارجاع داده می‌شود. در صورتی که غربالگری مراجع مثبت باشد، مراقب سلامت ابتدا او را به

نشد، از اشباع داده‌ها اطمینان کامل حاصل شد. همچنین پیش از مصاحبه از مشارکت‌کنندگان رضایت نامه کتبی دریافت شد، به آن‌ها اطمینان داده شد که اسامی و اطلاعات شخصی آن‌ها محرمانه خواهد ماند و با کسب اجازه از مشارکت‌کنندگان صدای مصاحبه به دلیل نیاز به پیاده‌سازی متن ضبط گردید. پس از پیاده‌سازی متن مصاحبه‌ها، داده‌ها به روش تحلیل محتوای قراردادی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

چند نمونه از سوالات که به‌عنوان راهنمای انجام مصاحبه بودند در زیر آمده‌اند:

- سیستم ارجاع در این سیستم به چه صورت می‌باشد؟
- روند سیستم ارجاع و همکاری سایر کارکنان با شما، چه چالش‌هایی را در حوزه کاریتان ایجاد کرده است؟
- در ارجاع از سمت همکاران داخل مرکز به شما یا ارجاع از سمت شما به همکاران چه مشکلاتی وجود دارد؟
- در ارجاع مراجعین به خارج از مرکز با چه چالش‌هایی روبه‌رو هستید؟

به دنبال پرسیدن هر یک از سوالات، در صورت نیاز متناسب با پاسخ شرکت‌کننده، سوالاتی جهت عمیق شدن مصاحبه و روشن شدن اهداف پژوهش طراحی و پرسیده شد. علاوه بر این دقت و اعتبار داده‌ها با استفاده از گزینه‌های زیر و براساس معیارهای گوبا و لینکولن (Guba and Linkoln) مورد بررسی قرار داده شد<sup>۱۳</sup>: (۱) درگیری طولانی مدت و مشاهده مداوم (Prolonged Engagement and Persistent Observation)؛ (۲) بازبینی توسط همکار؛ (۳) اطلاعات جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان و خصوصیات محیط؛ (۴) ایجاد قابلیت حسابرسی و مستندسازی کلیه اطلاعات مربوطه و روند انجام پژوهش و تجزیه و تحلیل داده‌ها؛ (۵) ثبت فعالیت‌ها در طول زمان و مکتوب کردن روش انجام پژوهش، گزارش داده‌ها و همچنین نتیجه‌گیری و بحث.

خرداد ۱۴۰۰ تکمیل گردید. نحوه شناسایی شرکت‌کنندگان به این شکل بود که ابتدا فهرستی از مراکز جامع سلامت بهداشتی درمانی مناطق تابع معاونت بهداشت و درمان دانشگاه علوم پزشکی ایران و تهران تهیه شد. سپس با هماهنگی با افراد مطلع و مسئولین با روانشناسانی که دارای اطلاعات بیشتر و همچنین سابقه کاری بالایی داشتند مصاحبه صورت گرفت. در میان مصاحبه شونده‌گان افرادی بودند که سابقه کاری کمتری داشتند اما بواسطه اطلاعات غنی و متفاوت بودن نوع استخدام آنها، جزو نمونه‌های پژوهش قرار گرفتند. با توجه به آنکه تنها دانشگاه علوم پزشکی ایران و تهران، حاضر به همکاری با پژوهشگر شدند، نمونه‌گیری در مناطق تحت پوشش این دو دانشگاه انجام شد. ملاک‌های ورود شرکت‌کنندگان به پژوهش عبارت بودند از: شاغل بودن در جایگاه کارشناس سلامت روان مرکز خدمات جامع سلامت شهری؛ برخوردار بودن از سابقه کاری. ملاک‌های خروج از پژوهش عبارت بودند از: عدم سابقه کاری؛ افرادی که قبلاً به‌عنوان کارشناس سلامت روان مراکز مربوطه شاغل بودند اما در حال حاضر جایگاه شغلی آنان تغییر کرده است. اطلاعات جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان در جدول ۱ آورده شده است.

گردآوری داده‌ها از طریق مصاحبه‌های نیمه ساختاریافته انجام شد به این صورت که مصاحبه ابتدا با سوالات از پیش تعیین شده براساس اهداف پژوهش، شروع و سپس با طرح سوالات پیگیر، مصاحبه به سمت روشن شدن اهداف مطالعه هدایت گشت. مدت مصاحبه‌ها بین ۳۳ تا ۱۰۸ دقیقه و به‌طور میانگین ۶۵ دقیقه بود. این مصاحبه‌ها در شرایط محیطی آرام و با هماهنگی قبلی با مشارکت‌کنندگان به انجام رسید و تا زمان اشباع داده‌ها ادامه یافت. داده‌ها پس از ده مصاحبه به اشباع رسید اما جهت اطمینان بیشتر پنج مصاحبه دیگر انجام شد و پس از آنکه در پنج مصاحبه آخر هیچ طبقه و مقوله جدیدی ایجاد

جدول ۱. توصیف جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان

| کد شرکت‌کننده | جنسیت | دامنه سنی | تحصیلات     | سابقه کاری | نوع استخدام |
|---------------|-------|-----------|-------------|------------|-------------|
| ۱             | مونت  | ۲۷-۳۱     | ارشد بالینی | ۵ سال      | خرید خدمت   |
| ۲             | مونت  | ۲۷-۳۱     | ارشد بالینی | ۴ ماه      | طرحی        |
| ۳             | مونت  | ۲۷-۳۱     | ارشد بالینی | ۵ سال      | شرکتی       |
| ۴             | مونت  | ۳۲-۳۶     | ارشد بالینی | ۴ ماه      | طرحی        |
| ۵             | مونت  | ۲۷-۳۱     | ارشد بالینی | ۵ سال      | شرکتی       |
| ۶             | مونت  | ۳۲-۳۶     | ارشد بالینی | ۵ سال      | شرکتی       |

| کد شرکت کننده | جنسیت | دامنه سنی | تحصیلات              | سابقه کاری | نوع استخدام |
|---------------|-------|-----------|----------------------|------------|-------------|
| ۷             | مونث  | ۳۶-۳۲     | ارشد بالینی          | ۷ سال      | خرید خدمت   |
| ۸             | مونث  | ۳۶-۳۲     | ارشد روانشناسی عمومی | ۷ سال      | شرکتی       |
| ۹             | مذکر  | ۳۱-۲۷     | ارشد بالینی          | ۲ سال      | طرحی        |
| ۱۰            | مونث  | ۴۱-۳۷     | ارشد بالینی          | ۵ سال      | خرید خدمت   |
| ۱۱            | مونث  | ۴۱-۳۷     | ارشد بالینی          | ۷ سال      | شرکتی       |
| ۱۲            | مونث  | ۳۶-۳۲     | ارشد بالینی          | ۵ سال      | شرکتی       |
| ۱۳            | مذکر  | ۳۶-۳۲     | ارشد بالینی          | ۲ سال      | طرحی        |
| ۱۴            | مونث  | ۳۱-۲۷     | ارشد بالینی          | ۶ سال      | شرکتی       |
| ۱۵            | مونث  | ۴۱-۳۷     | ارشد بالینی          | ۵ سال      | شرکتی       |

### یافته‌ها

نتایج بدست آمده از تجزیه و تحلیل داده‌ها شامل دو مقوله اصلی "چالش‌های ارجاعی درون مرکز" (جدول ۲) و "چالش‌های ارجاعی برون مرکز" (جدول ۳) بود.

### مقوله اول: چالش‌های ارجاعی درون مرکز

این مقوله در ارتباط با چالش‌ها و ضعف‌های موجود در فرآیند ارجاع مراجعین درون مراکز بهداشتی درمانی یعنی ارجاع از سمت مراقبین سلامت و پزشک به کارشناس سلامت روان می‌باشد که شامل ضعف در غربالگری مراقبین و پرسشگری نامناسب، همکاری ضعیف مراقب سلامت در ارجاع به روانشناس به دنبال حجم کاری بالا و

کم اهمیت نگاشته شدن سلامت روان، عدم اعتماد مراجعین به مراقبین سلامت و امن احساس نکردن فضا جهت بیان شفاف مشکلات‌شان، عدم همکاری مراجعین جهت مراجعه به روانشناس بعد از ارجاع و عدم همکاری آنان در بخش اعتیاد و آسیب اجتماعی، همکاری ضعیف پزشک در تجویز دارو، ثبت تشخیص یا اشتباه بودن تشخیص، کاهش تمایل مراجعین به ویزیت روانشناس طی طولانی و خسته‌کننده بودن مسیر ارجاع و در مواردی نگرانی از دیده شدن توسط آشنایان به‌خصوص در اعتیاد بود. طبقات و کدهای مربوط به این مقوله به صورت کامل در جدول ۲ آورده شده است.

جدول ۲. مقوله چالش‌های ارجاعی درون مرکز و طبقه‌ها و کدهای مربوطه

| مقوله                     | طبقه  | کدها   |
|---------------------------|---|--|
| چالش‌های ارجاعی درون مرکز | ضعف در غربالگری مراقبین سلامت و ارجاع پایین | غربالگری ناقص و گذرا مراقب سلامت در بخش روان به دلیل حجم بالای کاری / عدم درک مناسب مراقبین سلامت از سلامت روان / با روانشناس نبودن غربالگری سلامت روان (بهتر بودن غربال روان توسط روانشناس) / پرسشگری نادرست و سوگیرانه غربالگری مراقبین سلامت (عدم غربالگری صحیح) / نیاز به گذاشتن وقت بیشتر برای غربالگری توسط مراقب سلامت / نرسیدن مراجع به روانشناس با عدم غربالگری / صحیح مراقب (پرت شدن مراجع قبل از رسیدن به روانشناس) / کم بودن آمار در مرکز شلوغ به دلیل عدم غربالگری صحیح / نیاز به آموزش صحیح دیدن مراقب برای غربالگری / متمرکز نشدن مراقب سلامت و پزشک روی روان به دلیل کمبود وقت / سهل‌انگاری مراقب سلامت در ارجاع به دلیل حجم بالای کاری / وابسته بودن ویزیت روانشناس به غربالگری مراقب سلامت / نیاز به برجسته شدن اهمیت کار روانشناس برای مراقبین / خواهش و تمنا برای دریافت ارجاع / در اولویت نبودن روان برای مراقب سلامت و پزشک / پیگیری ضعیف مراجع توسط مراقب پس از ارجاع به روانشناس |
|                           | عدم اعتماد مراجعین به مراقبین سلامت         | عدم فضای امن برای مراجع هنگام غربالگری مراقبین / عدم اعتماد مراجع به مراقب جهت مطرح کردن مشکلات / از دست رفتن مراجعین به دلیل عدم اعتماد به مراقبین سلامت / عدم شناسایی به دلیل عدم اعتماد مراجعین به مراقبین سلامت  |
|                           | عدم همکاری مراجعین                          | ترس از کرونا مانعی برای ورود مراجعین به مرکز / عدم مراجعه فرد به روانشناس بعد از ارجاع مراقب / اجباری نبودن مراجعه به روانشناس در مسیر تعیین شده / حضور پیدا نکردن خانواده مراجع / جدی نگرفتن مسئله مراجع توسط خانواده / عدم توجه یا پاسخ غیر حقیقی مراجعین به پیام سنجش رضایت / محافظت کاری مراجعین نسبت به مراجعه به روانشناس / ادامه ندادن جلسات در حوزه اعتیاد توسط مراجع (عدم تمایل به ترک) / گارد مراجعین اعتیاد نسبت به بیان مصرف (مطرح نکردن و انکار) / نگفتن مشکلات در حوزه آسیب اجتماعی توسط مراجعین / اهمیت ندادن والدین به کودک در حوزه آسیب اجتماعی   |

| مقوله                                       | طبقه | کدها   |
|---|------|--|
| همکاری ضعیف<br>پزشک                         |      | عدم همکاری پزشک با روانشناس / تشخیص نگرفتن مراجع تشخیص‌دار / تشخیص اشتباه پزشک / پرنشیدن فرم شرح حال توسط پزشک (ثبت نکردن تشخیص در خلاصه پرونده) / وابسته بودن ویزیت روانشناس به تشخیص‌گذاری و ارجاع پزشک / عدم حضور پزشک در پایگاه و بعضی مراکز / نیاز به برگزاری آموزش‌های توجیهی روان و تجویزی دارو برای پزشک‌ها / عدم پیگیری مراجع توسط پزشک در بعضی مواقع / مجاب کردن پزشک در مورد نیاز مراجع به دارو / ایجاد مشکل برای روانشناس در زمان وجود کیس خودکشی و نبود پزشک در مرکز / نیاز به آموزش دیدن پزشکان در حوزه اعتیاد و داروهای مورد نیاز |
| موانع تمایل<br>مراجعین به ویزیت<br>روانشناس |      | عدم امکان مراجعه مستقیم به روانشناس بدون رد شدن از فیلتر مراقب سلامت و پزشک / طولانی و خسته‌کننده بودن مسیر ارجاع تا رسیدن به روانشناس / عصبانی بودن مراجع در زمان ویزیت روانشناس به دلیل مسیر زمانبر ارجاع / خستگی مراجع پس از غربالگری / لزوم ارجاع از طریق پزشک حتی در زمان وجود کیس اورژانسی / لزوم ثبت اسم مراجع در سیستم برای دریافت وقت از روانشناس / عدم آگاهی مراجعین از رایگان بودن ارجاع به روانشناس مرکز / نگرانی مراجعین از دیده شدن توسط آشنایان بخصوص در اعتیاد   |

### ضعف در غربالگری مراقبین سلامت و ارجاع پایین

کدهای این طبقه شامل چالش‌های روانشناسان نسبت به عدم دریافت ارجاع از سمت مراقبین سلامت می‌باشد. به عنوان مثال شرکت‌کننده شماره ۷ در رابطه با غربالگری مراقبین سلامت گفت:

«چون مراقب سلامت باید تایم زیادی بذاره برای اینکه با مراجعه‌کننده ارتباط برقرار بکنه اون سوالا رو بپرسه، خب خیلی اوقات مثلا فقط برای اینکه اون مراقبت رو انجام داده باشن اون سوال رو سریع میپرسن و سریع جواب بدن. معمولا خب از فرد میپرسن سیگار قلیون میکشی بعد میگن نه بعد همه رو میزنن منفی، دیگه تک تک نمیپرسن. یه ذره به نظر من تایم بیشتری باید مراقبین سلامت بذارن، اینم میگم برمیکرده به حجم بالای کاری که دارن»

### عدم اعتماد مراجعین به مراقبین سلامت

این طبقه بیانگر چالش روانشناسان نسبت به شناسایی نشدن برخی مراجعین بواسطه مطرح نشدن مشکلات توسط مراجع در غربالگری اولیه مراقبین است. در این خصوص شرکت‌کننده شماره ۱۰ گفت:

«الان در عین حال که مرکز شلوغه ولی من مشکل آمار بعضی وقتا پیدا میکنم. برای اینکه مراجع غربالگری شده نیومده پیش من، یا غربالگری درست نشده، خب چقدر فکر میکنی طول میکشه یه آدم اعتماد کنه به یه نفر، میاد تو اتاق روانشناس حالا حریم خصوصیه...حالا تو فکر کن مثلا بری تو اتاق مراقب سلامتی که در مورد همه چی داره سوال میکنه، فشار خون و نمیدونم ورزش و تغذیه و چی و چی حالا سه چهارتا سوالم میخواد در مورد روان کنه، به نظرت میاد بشینه بگه من افکار خودکشی دارم، من همسرمن منو میزنه، یا آره من پرخاشگرم، من عصبیم، واقعا

من به جرأت میتونم بگم یک سوم مریضا اینجوری اصلا پرت میشن، اصلا میس میشن، چون نمایان اطلاعات به مراقب سلامت بدن، حریم خصوصی آدم‌هاست، چقدر مگه آدم میتونه در مورد خودش به مراقب سلامت اطلاعات بده»

### عدم همکاری مراجعین

کدهای این طبقه شامل چالش‌های روانشناسان در ارتباط با عدم مراجعه یا عدم پیگیری مراجعین پس از ارجاع شدن توسط مراقبین می‌باشد.

در همین راستا شرکت‌کننده شماره ۱۴ نیز گفت:

«چالشی که دارم اینه که مردم خیلی تو این مسائل در مورد مصرف حالا سیگار و قلیان و اینا مخصوصا، یا قرص‌های خواب خیلی نمایان باهات روراست باشن بگن آره ما داریم استفاده میکنیم»

همچنین شرکت‌کننده شماره ۱۰ در رابطه عدم رجوع مراجع پس از ارجاع گفت:

«مثلا بارها مراجع مراقب سلامت ارجاع داده به من، به مریض میگه برو حتما پیش روانشناس، وقتی انقدر شلوغ میشه دیگه نمیتونی پیگیری کنی، مریض میذاره و میره، اومده یه واکسنی بزنه عجله داره، ولی وقتی که کار روانشناس به صورت اجباری میشد، چطور وقتی که میخوان واکسن بزنن میگن اول باید قد و وزن کنی بچه رو بعد بیای واکسن بزنی، بگن اول برو پیش روانشناس یه غربالگری بشو بعد بیا پیش ما»

### همکاری ضعیف پزشک

طبقه چهارم به مشکلاتی در حوزه کاری کارشناسان سلامت روان اشاره دارد که بواسطه در اولویت بودن

تشخیص پزشک و همکاری کم پزشک با روانشناس ایجاد شده است.

شرکت کننده شماره ۱۰ در رابطه با عدم همکاری پزشک در پرکردن فرم شرح حال اینطور بیان کرد:

«خیلی مواقع پزشک اونقدر سرش شلوغه، دو تا فرم داریم، فرم ویزیت داریم و فرم شرح حال داریم، که فرم شرح حال خیلی طولانیه، سوالا بیش از اندازه زیاده و دکتر پر نمیکنه، به صورت ویزیت برای من میفرسته، ویزیت وقتی میفرسته تشخیص دکتر دیده نمیشه و آماری به اون صورت رد نمیشه، یعنی احساس میکنن که این مرکز خیلی آماری ندارن.»

ویزیت پزشک به خاطر ارجاعی که میخوره رایگانه و نمیدونن، روشن نمیشه بیرسن، از همون در مین بیرون، اصلا بیخیال مشاوره میشن، ولی خیلی وقتها پیش پزشک هم میرن، باید برن پیش پزشک دوباره پزشک ارجاعشون رو بزنه بعد بیان پیش روانشناس. یعنی مردم که مریضی که کامل کاراشو کرده، ارجاعشو گرفته وقتی میرسه پیش من عصبانیه، عصبانیه چون سه دفعه پله‌ها رو رفته بالا پایین، خسته شده دیگه، از ساعت ۹ اومده، ۱۱ پیش منه در صورتی که حالا به سوال مختصر داشته، اینا مردم رو اذیت میکنه.»

### مقوله دوم: چالش‌های ارجاعی برون مرکز

این مقوله به ضعف‌ها و خلأهای موجود در فرآیند ارجاع مراجعین به سطح بالاتر و خارج از مرکز برای دریافت خدمات تخصصی‌تر اشاره دارد. محتوای این مقوله شامل کمبود مراکز مشخص شده جهت ارجاع به خصوص برای مراجعین بی بضاعت و نیازمند خدمات و همچنین کمبود مراکز برای ارجاع در موارد خودکشی، آسیب‌های اجتماعی مثل خشونت خانگی و کودک آزاری، عدم شفافیت در ارجاع و سرگردان شدن مراجع، عدم امکان ارجاع مستقیم به سطح بالاتر توسط روانشناس و لزوم ارجاع منحصر از طریق پزشک، پیگیری ضعیف و لینک‌نبودن با گیرنده ارجاع (به جز مراکز ذیربط طرح سراج و سامان)، عدم رجوع مراجعین به سطح بالاتر و انستیتو روانپزشکی تهران به دنبال هزینه، مسافت و مسائل مربوط به وقت‌دهی بود. طبقات و کدهای مربوط به این مقوله نیز به صورت کامل در جدول ۳ قرار داده شده است.

### موانع تمایل مراجعین به ویزیت روانشناس

کدهای این طبقه نشانگر چالش‌هایی است که بواسطه آن مراجعین از ویزیت روانشناس صرف‌نظر می‌کنند. شرکت کننده شماره ۱ گفت:

«یکی از مهمترین و اساسی‌ترین مشکل‌هایی که اینجا داریم، این موضوعه که ما مراجع‌ها رو نمیتونیم به صورت مستقیم ببینیم، ما حتما باید از فیلتر پزشک و مراقبت سلامت ببینیم، حتما باید اسمش تو سیستم ما بیاد و به وقتایی مراجع‌ها خارج از این محدوده باشن اصلا ما نمیتونیم ببینیمشون حتما باید اسمشون تو محدوده ما ثبت باشه. مراجع‌هایی بودن که از جاهای دیگه بودن و اوضاعشون هم حاد بود و نیاز به خدمات داشتن ولی به خاطر محدودیت پروتکل ما نتونستیم این رو ببینیم. خیلی وقتها مراجع‌ها دوست ندارن که اصلا پیش پزشک برن و توی مناطق ما خیلی وقتها فکر میکنن باید هزینه بدن بابت اینکه پیش پزشک برن ولی اینطوری نیست، چون

جدول ۳. مقوله چالش‌های ارجاعی برون مرکز و طبقه‌ها و کدهای مربوطه

| مقوله                     | طبقه  | کدها   |
|---------------------------|---|--|
| چالش‌های ارجاعی برون مرکز | کمبود وجود مراکز برای ارجاع   | عدم وجود مراکز مشخص شده برای ارجاع زوج و خانواده درمانی / کم بودن تعداد مراکز برای ارجاع به سطح بالاتر   |
|                           | عدم شفافیت در ارجاع   | عدم وجود نهادی برای ارجاع در خودکشی / عدم وجود نهادی برای ارجاع در خشونت خانگی و کودک آزاری (سلامت اجتماعی) / نبود مرکز با هزینه کم برای ارجاع علیرغم نبود درمان در مرکز / نبود مرکزی خاص و مشخص جهت ارجاع / عدم دسترسی مراجعین به رواندرومانی تخصصی / تحت پوشش قرار نگرفتن همه مراجعین برای ارجاع به سراج و سامان / عدم امکان ارجاع تمام مراجعین به سامان به دلیل وقت کم علیرغم محدودیت جلسات |
| نبود ارجاع مستقیم         | عدم امکان ارجاع مستقیم در زمینه ارجاع مراجع به سطح دوم / سرگردان شدن مراجع هنگام ارجاع به خارج از مرکز بهداشت / رها شدن مراجعینی که نیاز به خدمات تخصصی و ارجاع دارند / نبود سیستم ارجاع کارآمد علیرغم نبود درمان در مرکز / عدم امکان ارجاع سیستمی به انستیتو | عدم امکان ارجاع مستقیم به روانپزشک توسط روانشناس (ارجاع به سطح دو یا سه فقط برای پزشک) / نبود ارجاع به روانشناس به بیرون از مرکز / عدم امکان ارجاع افراد خانواده مراجع به روانشناس در سطح سه / کند شدن فرآیند به دلیل لزوم مهر و امضا ارجاع توسط پزشک / لینک نبودن روانشناس با انستیتو   |



| مقوله                                 | طبقه  | کدها |
|---------------------------------------|---|------|
| پیگیری ضعیف                           | عدم آگاهی روانشناس از پیگیری‌های گیرنده ارجاع / عدم پیگیری مستمر مراجع هنگام ارجاع به بیرون از مرکز (سیستم ضعیف برای پیگیری) / عدم وجود اطلاعات کافی برای پیگیری مراکز حمایتی برای مراجع / کمبود زمان برای پیگیری مراجعین / خاموش بودن یا جواب ندادن تلفن هنگام پیگیری  |      |
| وجود موانع رجوع مراجعین به سطح بالاتر | به عهده مراجع بودن وقت گرفتن هنگام ارجاع به بیرون از مرکز / عدم رجوع مراجعه‌کننده به سطح بالاتر به دلیل هزینه (امکان انجام نشدن روند درمان بیمار به دلیل اقتصادی) / مسافت زیاد / وقت دهی دیرهنگام مراکز ارجاع شده / عدم مراجعه بیماران به بیرون از مرکز هنگام ارجاع / عدم مراجعه کیس خشونت خانگی به پزشکی قانونی به دلیل نداشتن هزینه معاینه / به دنبال درمان نرفتن بعضی مراجعین در نتیجه محدودیت جلسات / عدم مراجعه به سطح بالاتر به دلیل متوجه شدن همسر                   |      |
| موانع ارجاع مراجعین به انستیتو        | دور بودن انستیتو / شلوغی انستیتو / نامشخص بودن ارجاعات مرکز بهداشت به انستیتو / وقت دهی دیرهنگام انستیتو / لزوم رد شدن از ویزیت روانپزشک در انستیتو برای دریافت وقت از روانشناس / ناهماهنگی میان مسئولین انستیتو برای پذیرش مراجعی که توانایی پرداخت هزینه ندارد / دریافت هزینه از سمت انستیتو برای افرادی که از مرکز بهداشت ارجاع داده شده‌اند / عدم حمایت و پذیرش انستیتو از افراد ارجاعی بی‌بضاعت / هزینه بالا انستیتو / بالا بودن هزینه کلینیک MMT انستیتو برای مراجعین |      |

### کمبود وجود مراکز برای ارجاع

همانطور که از نام این طبقه مشخص است، کدهای آن حاوی چالش‌های روانشناسان مبنی بر نبود مراکز کافی و مشخص جهت ارجاع مراجعین به سطح بالاتر در صورت لزوم می‌باشد. مثلاً شرکت شماره ۸ گفت:

«سطح ارجاع‌ها کمه، مراکزی که ما بتونیم ارجاع بدیم رو بیشتر کنن فکر میکنم بتونه به ما کمک کنه، روانپزشکایی که داشته باشیم و به ما این اجازه رو بدن که اگه در واقع این بیمار نیاز هستش درمان بشه، تعداد جلساتشو بیشتر بکن»

### عدم شفافیت در ارجاع

کدهای این طبقه در ارتباط با این چالش است که فرآیند و بخش دقیق ارجاع‌گیرنده در خارج از مرکز به جز سیستم سراج و سامان برای مراجع شفاف نیست.

شرکت‌کننده شماره ۶ در خصوص ارجاع گفت:

«ببینید من بهش میگم که شما باید بلند شی بری بیمارستان x یا y، الان اون بیمارستان سانتر کرونا شده خب از یه لحاظ طرف میترسه بخواد بره، و بعد اینکه بره اینکه کجا باید بره دقیقاً شفاف نیست، تلفنای بخش‌های دولتی هم که خداروشکر اصلاً جواب نمیدن، باید بره اونجا ببینه حالا چی میشه»

مستقیم بدون ارجاع به پزشک مرکز مراجع را به سطح بالاتر ارجاع دهد.

در این مورد شرکت‌کننده شماره ۹ گفت:

«یکی اینکه ما خودمون باید به روانپزشک ارجاع بدیم. به نظرم ما خودمون باید حداقل یه مهری چیزی داشته باشیم که اینجا بتونیم به حداقل روانپزشکمون مستقیم خودمون ارجاع بتونیم بدیم»

### پیگیری ضعیف

چالش‌های موجود در این طبقه مرتبط با مواردی است که در انجام پیگیری‌های لازم برای مراجع، خلل وارد کرده است. شرکت‌کننده شماره ۶ گفت:

« الان مثلاً مراجعه‌کننده پس از اینکه قسمت روانش رو تکمیل کرد ارجاع خورد تو نمیدونی این مراجعه‌کننده میره یا نمیره یه چیزی باید باشه که پیگیری کرد میره نمیره، دریافت کرد خدمات رو یا نه. به نظرم من فالوکردن مراجعین باید بهتر بشه. مثلاً، آخه انقدر شرح وظایفا زیاده من بگم مثلاً مراقب اینکار رو انجام بده که انقدر کار داره نمیرسه، من خودم نمیرسم، به نظرم اگر به مددکار باشه که بتونه پیگیری کنه تماس بگیره، چون این کار کار مددکاره که ببینه مراجعه‌کننده کجا رفته چه خدماتی گرفته»

### وجود موانع رجوع مراجعین به سطح بالاتر

طبقه پنجم حاوی عامل‌هایی است که بواسطه آنها مراجعین تصمیم به عدم مراجعه به سطح بالاتر می‌گیرند

### نبود ارجاع مستقیم

این طبقه شامل کدهایی است با این مضمون که ارجاع باید از طریق پزشک باشد و روانشناس نمیتواند به صورت

که از پر تکرارترین این عامل‌ها مسئله هزینه بوده است. مثلا شرکت‌کننده شماره ۸ گفت:

«با توجه به اینکه بیماری ما وضعیت مالی خوبی ندارند باز هم ممکنه اون اتفاقی که بیمار رو داشته باشیم و روند درمانش رو انجام بدیم ممکنه انجام نشه. اصولا نمیرن، براشون بعد مالی خیلی مهم هستش، بیماری که ما اینجا داریم هیچ وقت نمیتونن از پس، حالا خیلی کم، خیلی نادره که مثلا بخوان بیان جلسات حالا روانشناسی رو هزینه کنن»

#### موانع ارجاع مراجعین به انستیتو

با توجه به آنکه بسیاری از مراجعین مراکز بهداشتی دانشگاه ایران در صورت نیاز به درمانگاه انستیتو روانپزشکی تهران ارجاع می‌شوند (به این معنا که این درمانگاه به مراجعین معرفی می‌شود تا رجوع کنند)، کدهای این طبقه به مواردی پرداخته است که بواسطه آنها مراجعین از مراجعه به انستیتو صرف نظر می‌کنند که این مسئله روانشناسان را جهت ارجاع مراجعین به انستیتو با چالش مواجه کرده است. به عنوان مثال شرکت‌کننده شماره ۱۱ گفت:

«اونجا هزینهش زیاده، حتما باید بیمه باشه اگر میخواد هزینه کم بده، انستیتو فکر کنم صد و خوردی باشه، دقیق نمیدونم ولی میونم ارزون نیست، یا مثلا سن داره باید هی بره اون سر دنیا و بیاد، طرف مال این منطقه راحت میاد اینجا، ولی اونجا هی بره انستیتو و بیاد سختشه نمیره»

#### بحث

در کشور ایران گرچه از سال ۱۳۶۴ با اجرای طرح نظام شبکه بهداشت و درمان و سطح بندی خدمات در سه سطح اول، دوم و سوم در کلیه شهرستان‌ها دستاوردهای چشمگیری به دنبال داشته است، ولی عدم تحقق مناسب نظام ارجاع یکی از ضعف‌های بارز آن به شمار می‌رود و پژوهش‌های دیگر هم به ضعف در سامانه ارجاع اشاره کرده‌اند.<sup>۱۰، ۱۱، ۱۴، ۱۵</sup>

با توجه به آنکه در این سیستم ویزیت روانشناس به غربالگری مراقب سلامت وابسته است، در صورتی که غربالگری سلامت روان در این بخش به درستی انجام نپذیرد و مراجعین نیازمند خدمات شناسایی نشوند، تعداد ارجاع مراجعین به کارشناس سلامت روان کاهش می‌یابد. در این خصوص بخشی از چالش‌هایی که در این پژوهش مشخص شد شامل "همکاری ضعیف مراقب سلامت"، "ضعف در

غربالگری مراقبین سلامت" و "همکاری ضعیف پزشک" می‌باشد. در راستای این یافته‌ها حجم کاری بالای مراقبین و کمبود وقت، سهل انگاری و پرسشگری نادرست آنان در غربالگری و ارجاع پایین مراجعین به روانشناس مرکز را به دنبال داشت که طی آن، نظر کارشناسان سلامت روان بر این بود که سلامت روان نزد مراقبین سلامت دارای اولویت و اهمیت بالایی نمی‌باشد و مراقبین سلامت درک مناسبی از سلامت روان ندارند. همسو با این یافته‌ها، گنجگاه و همکاران در مطالعه خود در سال ۱۳۹۹، گزارش کردند که حجم کار زیاد، استرس و کار غیر مرتبط با مامایی باعث کاهش انگیزه کاری و تمایل به ترک کار پس از اجرای طرح تحول سلامت در ماماهاى مراقب سلامت شده است.<sup>۱۶</sup> همچنین تشخیص نگرفتن مراجع تشخیص‌دار، تشخیص-گذاری اشتباه پزشک، پرنشدن فرم شرح حال توسط پزشک و عدم تجویز دارو مورد نیاز در بخش سلامت روان، عمده مسائلی بود که توسط مصاحبه شوندهگان مطرح شد. بنابراین از دیدگاه کارشناسان سلامت روان این سیستم، پزشکان نیازمند آموزش‌های توجیهی بیشتر و موثرتری در خصوص مراجعین حوزه سلامت روان، اجتماعی و اعتیاد می‌باشند. در پژوهش بوالهروی و همکاران که در سال ۱۳۹۴ انجام شده است نیز بیان شده که در بعضی از حیطه‌های ارائه خدمات از جمله تشخیص و درمان، کارکنان نظام مراقبت‌های اولیه با مشکلاتی روبه‌رو هستند که با آموزش و به کارگیری دستورالعمل‌های مناسب قابل حل است.<sup>۱۷</sup> بعلاوه خیاطی و همکاران هم در مطالعه خود بیان کردند که ۲۲ درصد مدیران نقاط ضعف پزشک خانواده روستایی ایران را ناشی از آموزش ناکافی پزشکان و عدم توجیه آنان از برنامه عنوان کردند.<sup>۱۸</sup> کارشناسان سلامت روان، پرنشدن فرم شرح حال توسط پزشک بیشتر به دلیل وقت ناکافی آنان می‌باشد و در این راستا به نقل از شیرجنگ و همکاران، هویدا هم در مطالعه خود از مهمترین نقاط ضعف پزشک خانواده روستایی را حجم بالای کار درمانی پزشک بیان می‌کند.<sup>۱۵</sup> همچنین در پژوهش گل علیزاده و همکاران نیز، شرکت‌کنندگان عدم تکمیل یا تکمیل ناقص پرونده‌های پزشکی را از مسائل مهم عنوان نمودند.<sup>۱۱</sup> نتایج این پژوهش‌ها را تا حدودی می‌توان همخوان با یافته‌های پژوهش حاضر دانست.

بخشی دیگر از چالش‌ها در فرآیند ارجاع مراجعین درون مرکز شامل عدم اعتماد مراجعین به مراقبین سلامت،

باشد که از عهده این واحد بر نمی‌آید، واحد مذکور بتواند مراجعه‌کننده را به واحد بالاتر ارجاع نماید.<sup>۲۰،۱۱</sup> بنابراین با توجه به آنکه سیستم مراقبت‌های بهداشتی اولیه تمرکز بر خدمات پیشگیرانه دارد، به نظر می‌رسد کمبود مراکز مشخص شده جهت ارجاع مراجعینی که نیاز به خدمات تخصصی مانند خدمات روان‌درمانی، روانپزشکی و مددکاری دارند یکی از ضعف‌های اساسی نظام ارجاع در این سیستم باشد. این مسئله در پژوهش صدری‌زاده که در ارتباط با چالش‌های ساختار سازمانی این سیستم بود هم گزارش شد که بهبود نظام ارجاع به ویژه در سطح دوم ارائه خدمات یکی از توصیه‌ها جهت رفع چالش‌های موجود ساختار سازمانی این نظام در ایران است.<sup>۲۱</sup> همچنین با توجه به آنکه کارشناسان سلامت روان مراکز، اجازه ویزیت زوج را ندارند، نبود مراکز مشخص شده جهت ارجاع زوج و خانواده درمانی هم یکی از مشکلاتی بود که در فرآیند ارجاع مطرح شد. یکی دیگر از مشکلات سرگردان شدن مراجعین هنگام ارجاع به سطح بالاتر بود که با توجه به کمبود مراکز مشخص شده و لینک نبودن روانشناس و مرکز با مراکز تخصصی‌تر، عدم شفافیت مسیر برای مراجع و سرگردان شدن او امری قابل انتظار به نظر می‌رسد چرا که طبق صحبت‌های مصاحبه‌شوندگان، مراکز دیگر صرفاً به مراجعین معرفی می‌شوند و ارتباطی بین مرکز بهداشت و مرکز ارجاع شده وجود ندارد. اسکندری و همکاران هم در پژوهش خود، نبود ارتباط دوطرفه بین سطوح ارائه خدمات را یکی از دلایل عدم تحقق نظام ارجاع در ایران مطرح نمودند.<sup>۲۲</sup> به نظر می‌رسد این مسائل در پیگیری ضعیف مراجعین در فرآیند ارجاع که در این پژوهش مشخص شد هم تاثیرگذار باشند چرا که در پژوهش‌های دیگر هم به ضعف در بازخورد ارجاع اشاره شده است.<sup>۱۹،۱۱</sup>

از دیگر مشکلات مطرح شده توسط کارشناسان سلامت روان مسئله نیاز به مراکز و سازمان‌های حمایتی برای تعدادی از مراجعین بی‌بضاعت و خصوصاً برای موارد اورژانسی مانند خودکشی، خشونت خانگی، کودک‌آزاری می‌باشد که به دلیل لینک نبودن و عدم آگاهی دقیق روانشناسان از مراکز موجود، امکان کمک به مراجعین در این خصوص کاهش پیدا کرده است.

علاوه بر این موارد لزوم ارجاع مراجعین از طریق پزشک و عدم امکان ارجاع مستقیم از سمت روانشناس مرکز،

عدم همکاری مراجعین و موانع تمایل مراجعین به ویزیت روانشناس بود. از دیدگاه کارشناسان سلامت روان در اتاقی که چندین مراقب سلامت در کنار یکدیگر در حال غربالگری مراجعین هستند، مراجع فضای امنی را جهت مطرح کردن مشکلاتش به صورت شفاف احساس نمی‌کند و این مسئله گاهی به شناسایی نشدن و از دست رفتن مراجع در فرآیند ارجاع منجر می‌شود. این موضوع و عدم همکاری به خصوص در مراجعین دارای اعتیاد بیشتر بیان شد به این شکل که یا مصرف را انکار می‌کنند و یا تمایل به ترک ندارند. در همین راستا روانشناسان اجباری نبودن مراجعه به روانشناس در مسیر تعیین شده را جزوی از مشکلات ارجاع می‌دانستند چراکه در مواردی مراجع از سمت مراقب سلامت و پزشک ارجاع شده اما به روانشناس مرکز مراجعه نکرده است که طولانی بودن مسیر بواسطه نیاز به رد شدن از فیلتر مراقب سلامت و پزشک و به دنبال آن خستگی مراجع، عدم آگاهی از رایگان بودن خدمات روانشناس در مرکز و یا نگرانی از دیده‌شدن توسط آشنایان به‌عنوان بخشی از دلایل عدم مراجعه به ویزیت روانشناس مطرح شد.

لیکن با توجه به اینکه در این پژوهش دیدگاه کارشناسان سلامت روان در رابطه با فرآیند ارجاع بخش بهداشت روان بررسی شد بهتر است در خصوص این چالش‌ها که در ارتباط با گیرندگان خدمات نیز می‌باشد، پژوهشی دیگر نگاه مراجعین نسبت به فرآیند ارجاع هم بررسی کند. پژوهش‌های بسیار کمی در ارتباط با این بخش از چالش‌ها انجام شده است اما تعدادی از آنها به طولانی بودن مسیر، ضعف در فرهنگ سازی و اطلاع‌رسانی به جامعه و وجود قوانین دست و پاگیر به‌عنوان بخشی از ضعف‌های نظام ارجاع اشاره کرده‌اند.<sup>۱۹،۱۱</sup>

در مقوله دوم به چالش‌هایی اشاره شد که در فرآیند ارجاع مراجعین به سطوح بالاتر و خارج از مرکز وجود دارد. یکی از این ضعف‌ها کمبود مراکز مشخص شده جهت ارجاع مراجعین نیازمند بود که با پژوهش‌گل‌علیزاده و همکاران هم‌همخوان می‌باشد.<sup>۱۱</sup> یکی از اصل‌های سیاست‌های دولت در نظام شبکه بهداشتی-درمانی، اولویت خدمات پیشگیری بر خدمات درمانی است و پیشبینی سطوح مختلف ارائه خدمات بهداشتی در نظام شبکه بهداشتی درمانی کشور به‌منظور ارائه خدمات به صورت زنجیره‌ای مرتبط و تکامل‌یافته است، تا اگر یکی از مراجعین واحد پایین‌تر به خدمات تخصصی‌تری نیاز داشته

لازم به ذکر است که مصاحبه‌شوندگان پژوهش حاضر کارشناسان سلامت روان مراکز جامع سلامت بهداشتی درمانی بودند، بنابراین یکی از محدودیت‌های این پژوهش عدم مصاحبه با مراجعینی است که خدمات سلامت روان را دریافت کردند. لذا پیشنهاد می‌گردد پژوهش‌های آتی به بررسی دیدگاه مراجعین نسبت به وضعیت ارجاع بپردازند.

### پیامدهای عملی پژوهش

مسئولین مربوطه از طریق داده‌های حاصل از این پژوهش و پیشنهادات داده شده در این مقاله می‌توانند در جهت بهبود شیوه نامه اجرایی در فرآیند ارجاع و ایجاد بستری مناسب برای برخورداری مراجعه‌کنندگان از خدمات با کیفیت‌تر اقدام نمایند.

### قدردانی‌ها

بدین‌وسیله نویسندگان مقاله از کلیه متصدیان و شرکت‌کنندگان در این پژوهش که در تهیه اطلاعات مورد نیاز همکاری نمودند، کمال تشکر و قدردانی را دارند.

### مشارکت پدیدآوران

دکتر نادره معماریان به عنوان نویسنده مسئول، بر طراحی مطالعه، اجرا و تحلیل نتایج نظارت داشته است. خانم فاطمه کریمی مسئولیت طراحی مطالعه، اجرا و تحلیل نتایج را بر عهده داشته است. همچنین دکتر شهربانو قهاری و دکتر مژگان لطفی به عنوان مشاورین طراحی و اجرای مطالعه، نسخه نهایی را خوانده و تایید کرده‌اند.

### منابع مالی

این پژوهش هیچگونه منابع مالی نداشته است.

### ملاحظات اخلاقی

این مقاله برگرفته از پایان نامه مقطع کارشناسی ارشد می‌باشد که در سال ۱۳۹۹ در دانشگاه علوم پزشکی ایران با کد اخلاق IR.IUMS.REC.1399.737 تصویب شد.

### تعارض منافع

نویسندگان این پژوهش، اظهار می‌دارند که تعارض منافعی از تالیف و یا انتشار این مقاله وجود ندارد.

فرآیند ارجاع را زمانبر کرده است و مسئله طولانی بودن مسیر ارجاع در پژوهش‌های دیگر هم بیان شده است.<sup>۲۲،۱۹،۱۱</sup> بعلاوه طبق پژوهش حاضر، مراجعین هم به دلایلی به مراکز معرفی شده سطح بالاتر مراجعه نمی‌کردند که عمده‌ترین دلیل آن مسائل مالی و ناتوانی در پرداخت هزینه بود که با پژوهش گل‌علیزاده و همکاران هم همخوان می‌باشد،<sup>۱۱</sup> دلایل دیگر هم شامل به عهده مراجع بودن دریافت نوبت، وقت‌دهی دیرهنگام مراکز معرفی‌شده و مسافت زیاد بود.

البته لازم به ذکر است که بسیاری از مشکلات مطرح شده در مراکزی که به صورت پایلوت در دو منطقه تهران به طرح سامان و سراج متصل هستند کاهش پیدا کرده است چرا که طبق گفته‌های مصاحبه‌شوندگان در این طرح دسترسی به مددکار، روانپزشک و خدمات تخصصی روانشناسی وجود دارد و کارشناسان سلامت روان مراکز هنگام ارجاع برای مراجعین وقت گرفته و مسیر برای مراجع کاملاً شفاف و مشخص است و بازخورد ارجاع وجود دارد. طرح سراج حاصل همکاری سیستم مراقبت اولیه با یک تیم تخصصی سلامت روان است.<sup>۲۴،۲۳</sup> با توجه به این یافته‌ها می‌توان استنباط کرد که ارتباطات درون بخشی و بین بخشی ضعیف، از عمده‌ترین مسائلی است که در فرآیند ارجاع مراجعین حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد خلل وارد کرده است. این مسئله با پژوهش‌های دیگر هم همخوانی دارد.<sup>۲۷-۲۵،۱۹،۱۱</sup>

### نتیجه‌گیری

با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر به نظر می‌رسد اصلاحاتی مانند افزایش آموزش صحیح و مستمر به مراقبین سلامت در رابطه با اهمیت سلامت روان و غربالگری صحیح توسط ستاد یا معاونت بهداشت علاوه بر روانشناس مرکز، نظارت کیفی و مستمر بر غربالگری مراقبین در بخش سلامت روان و ارجاع به جای نظارت کمی، بهبود ارتباطات درون بخشی میان روانشناس، پزشک و مراقب سلامت، بهبود ارتباطات بین بخشی میان مراکز جامع سلامت با سازمان‌های حمایتی و مراکز روانپزشکی و روان‌درمانی، کوتاه نمودن فرآیند ارجاع و افزایش سطح ارجاعات با هزینه کم برای مراجعین مورد نیاز باشد.

## References

- Bolhari J. Mental health for health professional. Tehran: Boshra publication; 2002. (Persian)
- Atef Vahid K. Mental Health in Iran: Accomplishments and Challenges. *Social Welfare*. 2005; 4(14): 41-58. (Persian)
- Bolhari J, Ahmadvani H, Hajebi A, Bagheri Yazdi SA, 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 and Clinical Psychology*. 2012; 17(4): 271-278. (Persian)
- Khayati F, Saberi M. Primary Health Care (PHC) an Ever Strategy for Health Equity Extension. *Journal of Health Administration*. 2009; 12(35): 33-40. (Persian)
- Klishadi M, Eslamian G, Ghasemi Varnamkhasti M. The review of screening's index in programme of mental health integration in health networks of Esfahan and compared with country index. *Health System Research*. 2015; 11(3): 486-495. (Persian)
- 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)
- Shariat V, Rahbar M, Jalali A, Shabani A, F L. Training package and practice guide for mental health professionals. Tehran; 2015. (Persian)
- Shahdpour K, Pileroudi S. Health for all and primary health care in 20th and 21st centuries, Ministry of Health and Medical Education. Tehran: Nashreh Tandis; 1999.
- Taban H, Zamani A, Sadeghi B. Evaluation of mental health program in the level of rural health houses and centers in Isfahan (1980). *J Res Med Sci*. 2002; 7(2). (Persian)
- Pileroudi S. Township network health and treatment. Iran: UNISEF. 1999: 12-13.
- Golalizadeh E, Moosazadeh M, Amiresmaili M, Ahangar N. Challenges in second level of referral system in family physician plan: A qualitative research. *Journal of Medical Council of IRI*. 2012; 29(4): 309-321. (Persian)
- Tabatabaee A, Hasani P, Mortazavi H, Tabatabaeechehr M. Strategies to enhance rigor in qualitative research. *Journal of North Khorasan University of Medical Sciences*. 2013; 5(3): 663-670. (Persian)
- Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse education today*. 2004; 24(2):105-112. doi: 10.1016/j.nedt.2003.10.001
- Moghadam MN, Sadeghi V, Parva S. Weaknesses and challenges of primary healthcare system in Iran: a review. *The International journal of health planning management*. 2012; 27(2): e121-e131. doi: 10.1002/hpm.1105
- Shirjang A, Mahfoozpour S, Asl IM, Doshmangir L. Challenges and strategies of implementation rural family physician in iran: a qualitative study. *Depiction of Health*. 2020;11(1):62-73. doi:10.34172/doh.2020.07 (Persian)
- Masoumi Ganjgah P, Geranmayeh M, Haghani S. The Influential Factors in the Job Motivation among Midwives as the Healthcare Providers in the Iranian Health Sector Evolution Plan. *Iran Journal of Nursing*. 2020; 33(125): 13-27. doi:10.29252/ijn.33.125.13 (Persian)
- 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. *Iranian Journal of Psychiatry Clinical Psychology*. 2016; 22(2):134-146. (Persian)
- Khayati F, Motlagh ME, Kabir M, Kazemeini H, Jafari N. The role of family physician in case finding, referral, and insurance coverage in the rural areas. *Iranian journal of public health*. 2011; 40(3): 136-139. (Persian)
- Mohammadi Bolbanabad J, Mohammadi Bolbanabad A, Valiee S, Esmailnasab N, Bidarpour F, Moradi G. The Views of Stakeholders about the Challenges of Rural Family Physician in Kurdistan Province: A Qualitative Study. *Iranian Journal of Epidemiology*. 2019; 15(1): 47-56. (Persian)

20. Naghavi M, Jamshidi H. The utilization of health care services in Islamic Republic of Iran, in 2002. Tehran, Ministry of Health; 2005. (Persian)
21. Sadrizadeh B. Primary health care experience in Iran. *Iranian Red Crescent Medical Journal*. 2004; 7(1):79-90.
22. Eskandari M, Abbaszadeh A, Borhani F. Barriers of referral system to health care provision in rural societies in Iran. *Journal of caring sciences*. 2013; 2(3): 229-236. doi: 10.5681/jcs.2013.028.
23. Noee Z, Abolhassani F, Sharifi V, Amine-Esmaeili M, Mosavineia SJ. Patients Satisfaction of the Role of Case Manager in Community Mental Health Center (CMHC). *Iranian Journal of Psychiatry Clinical Psychology*. 2013; 19(2). (Persian)
24. Craven MA, Bland R. Better practices in collaborative mental health care: An analysis of the evidence base. *Canadian Journal of Psychiatry*. 2006; 51(6): 7S-72s.
25. Khoja TAM, Al Shehri AM, Abdul Aziz AAF, Aziz KMS. Patterns of referral from health centres to hospitals in Riyadh region. *EMHJ - Eastern Mediterranean Health Journal*. 1997; 3(2): 236-243.
26. Damari B, Vosough Moghaddam A, Rostami Gooran N, Kabir MJ. Evaluation of the Urban Family Physician and Referral System Program in Fars and Mazandran Provinces: History, Achievements, Challenges and Solutions. *Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research*. 2016; 14(2): 17-38.
27. Zanganeh Baygi M, Seyadin SH, Rajabi Fard Mazrae No F, Kouhsari Khameneh A. Adaptation Of Goals And Organizational Structure In Iran's Primary Healthcare System, A Systematic Review. *Payavard Salamat*. 2016; 9(5): 446-458.