

تبیین نیازهای خودمراقبتی و آموزش همگانی سلامت روان

زهرا ولیدآبادی^۱، مؤگان لطفی^{۲*}

۱- دانشجوی دوره کارشناسی ارشد، گروه سلامت روان، دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

۲- استادیار، گروه سلامت روان، دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

*نویسنده رابط: lotfi.mo@iums.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۱۰/۲۹ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۳/۲۸

چکیده

زمینه و هدف: از جمله تحولات ارزشمند مراقبت‌های بهداشتی اولیه توجه ویژه به مبحث سلامت روان و اضافه شدن برنامه خود مراقبتی با محتوای آموزش همگانی سلامت روان است. اما در رابطه با نیازهای گیرندگان خدمات و الویت‌های آموزشی و امکانات مورد نیاز اقدامات یکپارچه‌ای صورت نگرفته است. در همین راستا این پژوهش با هدف تبیین اولویت‌های این برنامه در مراکز خدمات جامع سلامت تابع دانشگاه علوم پزشکی ایران صورت گرفت.

روش کار: پژوهش حاضر یک مطالعه کیفی با رویکرد تحلیل محتوا شامل ۱۲ نفر از ذینفعان بود که به روش هدفمند با حداکثر تنوع وارد مطالعه شده بودند. داده‌ها با انجام مصاحبه عمیق و نیمه ساختاریافته و چک لیست تغییر یافته برنامه نیازسنجی سلامت جامعه جمع‌آوری و با رویکرد گرانهایم و لاندمن مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج: با تحلیل داده‌ها، نیازها در دو مقوله اصلی شامل نیازهای ارائه‌دهندگان خدمات و نیازهای گیرندگان خدمات دسته‌بندی شدند. مقوله نیازهای ارائه‌دهندگان خدمات مشتمل بر طبقات هماهنگی با ارگان‌های برون‌بخش، سامانه آموزش مجازی و اطلاع‌رسانی، آموزش‌های مستمر و سوپروایزر آموزشی، فضای مناسب و امکانات و تجهیزات بود، و مقوله نیازهای گیرندگان خدمات در طبقات کودکان، نوجوان و جوان و خانواده طبقه‌بندی شد.

نتیجه‌گیری: شناسایی نیازها می‌تواند منجر به استفاده بهینه از منابع محدود به منظور کاربردی‌سازی آموزش ارائه‌شده شود. نتایج این پژوهش می‌تواند گام موثری در راستای گسترش مبتنی بر نیاز آموزش سلامت روان و کمک شایانی در رسیدن به اهداف این برنامه در چنین مراکزی باشد. با توجه به نتایج، توصیه می‌شود به برنامه ریزی آموزش و بازنگری بر اساس نیازهای شناسایی شده اقدام شود تا منجر به افزایش بهره‌وری این برنامه شود.

واژگان کلیدی: آموزش سلامت روان، خودمراقبتی، مراقبت‌های بهداشتی اولیه، مرکز خدمات جامع سلامت

مقدمه

عمومی و بهره‌وری را بهبود می‌بخشد. نیازهای ارتقاء سلامت روان و خودمراقبتی در حوزه سلامت روان مکمل پیشگیری و درمان بیماری‌های روانی است (۱).

سلامت روان و بیماری‌های روانی علیرغم شواهد فزاینده‌ای از بار بیماری‌ها و هزینه‌های ناشی از آن، اغلب اولویت پایینی دارند. بهبود سلامت روان و کاهش بیماری‌های روانی کیفیت زندگی، سلامت

آموزش در واقع نوعی سرمایه‌گذاری مفید و یک عامل کلیدی در توسعه محسوب می‌شود که در صورت استفاده بجا و برنامه‌ریزی آموزشی و اجرای مناسب، بازده خوبی در زمینه‌های مختلف اجتماعی، اقتصادی و سلامت به همراه دارد (۸). لذا یکی از اقدامات زیربنایی برای کارآمد شدن جامعه، آموزش سرمایه‌انسانی آن جامعه است و این در حالی است که نقطه شروع برنامه‌ریزی آموزشی انجام نیازسنجی و اولویت‌سنجی است (۹).

با مروری بر مطالعات انجام شده در حوزه سلامت-روان در کشور با پژوهش‌های زیادی مواجه می‌شویم که هریک از منظری به خدمات سلامت‌روان پرداخته‌اند؛ در مطالعه رحیمی موقر و همکاران که به الویت‌بندی نظام سلامت‌روان بر پایه مرور منابع، بارش فکری و گروه اسمی پرداخته‌اند مشخص شد که ده موضوع مشتمل بر سه موضوع از میان اختلالات روانپزشکی، دو موضوع مشکلات و عوامل تعیین‌کننده سلامت‌روان و سه موضوع سیاست‌ها و نظام ارائه خدمات، منتخب اولویت‌های ملی سلامت‌روان بودند (۱۰). تحقیقات انجام شده در خصوص ادغام سلامت‌روان در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه ایران نشان‌گر موفقیت برنامه ادغام سلامت‌روان در این نظام بوده (۱۴-۱۱) شاه-محمدی و همکاران نیز در پژوهش خود ضمن اذعان به موفقیت اجرای برنامه ادغام خدمات سلامت‌روان در مراقبت‌های بهداشتی اولیه در مناطق روستایی و شهرهای کوچک، خواهان تجدید نظر در برنامه‌ها شده‌اند چرا که جوابگوی جمعیت کلان شهری و شهرهای بزرگ کشور نمی‌باشد (۱۵). شریفی و همکاران در طراحی خدمات مبتنی بر شواهد برای مراکز سلامت‌روان جامعه‌نگر ایران که راهبردی با هدف ارتقا سلامت‌روان شهری است، از طریق مرور داده‌های ثانویه (شیوع و بار اختلالات روان-پزشکی و نشست با متخصصان) نیازها و خدمات سلامت‌روان موجود در مناطق شهری، اثربخشی و هزینه

شیوع بالای اختلالات روانشناختی (۲) و پیامدهای منفی اقتصادی، اجتماعی و فردی آنها توجه جدی و اهتمام ویژه سیاست‌گذاران سلامت را می‌طلبد. وجود سیاست‌های شفاف و روشن درباره سلامت‌روان و اقدامات مبتنی بر شواهد می‌تواند نقش موثری در بهبود و ارتقای کیفیت خدمات ارائه شده داشته باشد. در کشور ما به دلیل ادغام خدمات بهداشت‌روان در قالب نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه از سه دهه گذشته تا کنون اقدامات ارزشمندی درخصوص پیشگیری و ارائه خدمات سلامت‌روان انجام شده است (۳-۵). از این رو، مراکز بهداشت به عنوان نقطه شروع ارائه چنین خدماتی نقش ویژه و موثری می‌توانند داشته باشند، چرا که این مراکز امروزه هم از نظر گستردگی و هم از نظر امکانات معنوی و مادی در سطح و قابلیت خوبی برخوردار هستند (۵). نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه همواره از تحول خوبی در کشور برخوردار بوده است. از جمله این تحولات توجه ویژه به مبحث سلامت روان و اضافه شدن برنامه خودمراقبتی با محتوای آموزش همگانی سلامت‌روان در آن است. برنامه خودمراقبتی که اجزای مختلفی دارد، در جهت افزایش سواد سلامت افراد جامعه، توانمندسازی و خودمدیریتی در مراقبت‌های بهداشتی، در کمتر از یک دهه اخیر در خدمات بهداشتی درمانی ادغام گردیده است.

کسب سواد سلامت توسط افراد جامعه در تعریف خودمراقبتی از اهمیت بالایی برخوردار بوده است بنا بر این تعریف آگاهی نقش مهمی در افزایش دانش و سواد افراد برای مراقبت از خود در دنیای امروزی دارد (۶). سازمانی جهانی بهداشت نیز علاوه بر تاکید در خودمراقبتی به اهمیت دسترسی و کسب اطلاعات در این زمینه تاکید نموده است (۷).

روش کار

این پژوهش یک مطالعه کیفی با رویکرد تحلیل محتوای قراردادی می‌باشد. داده‌ها با استفاده از چک لیست تغییر شکل یافته نیازسنجی سلامت جامعه و مصاحبه عمیق نیمه ساختار یافته جمع‌آوری شد. هماهنگی و تعیین زمان مصاحبه از طریق تماس تلفنی و پیام انجام شده، موضوع و اهداف پژوهش و هویت پژوهشگر در تماس‌ها و پیام‌ها ارائه شده است.

این نیازسنجی و تعیین اولویت‌ها بر مبنای نظرات ۱۴ نفر از ذینفعان شاغل در م مرکز خدمات جامع سلامت تابع دانشگاه علوم پزشکی ایران انجام شد (مشخصات جمعیت شناختی نمونه‌های نهایی در جدول ۱ نشان داده شده است). شرکت‌کنندگان با روش نمونه‌گیری هدفمند، با حداکثر تنوع انتخاب شده‌اند. همه مصاحبه‌ها بعد از اعلام رضایت مشارکت‌کنندگان در مکان و زمان مناسبی که شرکت‌کنندگان انتخاب کردند، بدون حضور شخص دیگر صورت گرفتند. سوالات مصاحبه بر اساس اهداف تحقیق، مرور متون و مشاوره با اساتید متخصص و مطلع در زمینه خدمات و برنامه‌های سلامت‌روان در مراقبت‌های بهداشتی اولیه طراحی شدند؛ مصاحبه با سوالات کلی " لطفاً در مورد تجربه خودتون از برنامه‌ی آموزش همگانی سلامت‌روان و خودمراقبتی بگید؟ از نظر شما چه ضعف‌هایی در این برنامه وجود داره؟ به نظر شما چه عناوین آموزشی برای ارائه خدمات سلامت‌روان در برنامه خود مراقبتی مورد نیاز است؟ مهم‌ترین اولویت‌های ارایه خدمات سلامت‌روان در برنامه خود مراقبتی به تفکیک گروه‌های سنی کدامند؟، از نظر فیزیکی برای ارائه بهتر خدمات چه مواردی مورد نیاز است؟ و غیره" آغاز شده و بر اساس مطالب بیان شده از طرف مشارکت‌کنندگان با استفاده از سوالات روشن‌گر یا کنکاشگر آن‌ها را هدایت کردیم و ادامه دادیم. صدای مصاحبه شونده‌گان ضبط و در اولین فرصت پیاده‌سازی شد.

اثربخشی خدمات بهداشتی- درمانی را مشخص و بر مبنای شاخص‌هایی اولویت‌بندی و برنامه مراکز سلامت‌روان جامعه‌نگر را طراحی کرده‌اند (۱۶). بیشتر مطالعات در خصوص بررسی نگرش، ارزشیابی و شناسایی چالش‌ها با هدف ارتقای خدمات و برنامه‌های ارائه شده در مراکز خدمات جامع سلامت کشور صورت گرفته است. اما در رابطه با نیازهای افراد استفاده‌کننده از خدمات و الویت‌های آموزشی و امکانات قابل استفاده در حوزه هر یک از برنامه‌ها از جمله برنامه خودمراقبتی به ویژه قبل از طراحی برنامه‌ها اقدامات یکپارچه‌ای صورت نگرفته است، علیرغم اهمیت نیازسنجی سلامت در استفاده بهینه از منابع متأسفانه در بسیاری از کشورهای در حال توسعه انجام این مهم بر اساس مبانی علمی انجام نمی‌شود و بیشتر بر اساس افراد با نفوذ و در رأس قدرت مانند متخصصین و انجام می‌شود.

مطالعات نشان داده‌اند برای تعیین اهداف در هر سازمانی دانستن نیازهای آن مجموعه ضروری است، در غیر این صورت اجرای هر برنامه به بیراهه رفتن است (۱۷). لذا پایه و اساس یک برنامه صحیح انجام نیازسنجی می‌باشد. از آنجایی که توجه به نیازسنجی‌ها و تعیین اولویت‌ها و به تبع آن ایجاد تغییراتی اندک و مدیریت بهینه امکانات موجود، به ارایه خدمات موثرتری منجر خواهد شد و این برنامه نیز از بدو شروع به صورت ابلاغی به اجرا درآمده است و در خصوص بهینه‌سازی و ایجاد تغییرات هدفمند در آن اقدام جلدی صورت نگرفته است. بر این اساس، مهمترین هدف این مطالعه تعیین نیازهای خودمراقبتی و آموزش همگانی سلامت‌روان در مراقبت‌های بهداشتی اولیه بود.

همکاری آنان با مراکز خدمات جامع سلامت و نیروهای ارائه‌دهنده خدمات از چالش‌هایی بود که ارائه آموزش را دشوار ساخته. نبود سامانه یکپارچه آموزش مجازی یا رسانه‌ای نیز دسترسی عموم به محتواهای و اطلاعات آموزشی را مانع گردیده چرا که غالباً مراجعین یا عموم امکان شرکت در جلسات آموزشی در زمان‌های تعیین شده از جانب مرکز را بدلیل مشغله‌های گوناگون و اشتغال ندارند؛ و از طرفی نیز نبود اطلاع‌رسانی‌های صحیح در خصوص جلسات آموزشی مانع آگاهی افراد و مشارکت آنان است.

" شاید الان تو این کرونا یه سیستم مجازی باشه که ما بتونیم آموزش مجازی بدیم خیلی خوبه در دسترس مردم باشه چون نمایان مردم که اصلاً نمایان اکثر کسانی هم که میومدن زنان خانه‌داری بودن که نمایان باز یا مردانی بودن که به زور زنشون میومدن فقط بخاطر واکسن اومده بودن اصلاً میان اینجا انگار فحشه انگار داری بهش فحش میدی یکی زورش میاد یکی میخواد زود بره. اگه مجازی بشه طرف یا خونست یا سرکاره اعلام میکنیم ما یه همچین برنامه ای داریم آنلاین باشید آموزشو میدیم والدین رو خیلی راحت‌تر میتونیم در دسترس داشته باشیم تا اینکه زوری بخوایم بیان نمایان مگر اینکه بخوان بخاطر واکسن یا قرصی چیزی بخوان بیان" (شرکت‌کننده شماره ۷)

عدم آشنایی کارشناسان سلامت‌روان با اهداف مراقب-های بهداشتی اولیه و برنامه‌های جامعه محور با هدف پیشگیری، آگاهی پایین مراقبین سلامت و پزشکان در خصوص سلامت‌روان همکاری با روانشناس را دچار مشکل و غربالگری‌ها را با خطا مواجهه ساخته است. ارائه‌دهندگان خدمات خود اظهار داشتند جلسات آموزشی

علاوه بر ضبط صدا، در حین مصاحبه یادداشت‌برداری شده و مصاحبه‌ها تا زمان اشباع داده‌ها ادامه یافتند.

محتوای هر مصاحبه به عنوان واحد تحلیل در نظر گرفته شد و بر اساس مدل گرانهایم و لاندمن مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت، بگونه‌ای که بعد از خواندن چندباره مصاحبه‌ها و استخراج واحدهای معنایی شامل مفاهیم آنها کدگذاری صورت گرفت. سپس کدها را بر اساس شباهت و تفاوت در طبقات قرار دادیم و پس از پس مرتبط کردن معنای طبقات درونمایه‌ها را ایجاد کردیم. تمام مراحل توسط یک نفر صورت گرفت. تجزیه و تحلیل داده‌ها بصورت دستی انجام شد. درونمایه‌ها، طبقات، و نقل قول‌های مستقیم مصاحبه‌ها در نتایج ارائه شده است.

دقت و اعتبار داده‌ها را نیز بر اساس معیارهای گویا و لینکولن (۱۸) از جمله درگیری طولانی مدت از طریق غوطه‌وری در موضوع تحقیق و روند تحقیق، کدگذاری توسط نویسنده اول انجام شد و سپس توسط اساتید مورد بررسی قرار گرفت و برخی کدها اصلاح شدند (بازبینی توسط همکاران)، مثلث‌سازی منابع داده‌ها از طریق مصاحبه با ذینفعان (ارائه‌دهندگان خدمات در تیم سلامت با تخصص و سمت گوناگون و گیرندگان خدمات) مورد بررسی قرار دادیم.

نتایج

در مجموع از تجزیه و تحلیل داده‌ها دو مقوله اصلی استخراج شد که به مهم‌ترین طبقات آن‌ها اشاره می‌شود. جدول ۲ نیز مقوله‌های نیازهای ارائه‌دهندگان خدمات و نیازهای گیرندگان خدمات را به همراه طبقات آن‌ها نشان می‌دهد.

نیازهای ارائه‌دهندگان خدمات: یافته‌های این مقوله به نیازهای آموزشی ارائه‌دهندگان خدمات اختصاص دارد. نیاز به رایزنی با ارگان‌های برون بخش بدلیل عدم

بیشتری بصورت مستمر در حوزه سلامت روان و وجود سوپروایزر آموزشی نیاز دارند.

"من فکر می‌کنم که باید برای افرادی هم که روان‌نخوانده‌اند و کارشناس روان‌نیستند کلاس‌های روانشناسی را بیشتر بگذارند چون ما (مراقب سلامت) در این حوزه خیلی اطلاعات نداریم و این بسته‌هایی هستند که برای ما تعریف شده‌اند و کسی که می‌خواهد غربالگری روان‌کند به بیش از این بسته‌ها نیاز دارد شاید مثلا تو این ۱۹ سال که ۵ سالش اینجا بودم شاید ۳ تا کارگاه روان برای من گذاشتن ما احتیاج به آموزش‌های بیشتر تو حوزه روان داریم" (شرکت‌کننده شماره ۸)

"اینکه ما احتیاج داریم بیشتر بدونیم از سلامت روان آموزش داریم ولی کاربردی-تر و بیشتر بزارن بین آموزش فقط تئوریه اصلا ما خودمون شاید یکی از کسانی باشیم که نیاز داشته باشیم این آموزش‌ها رو ببینیم توانمند بشیم که بخوایم ارائه کنیم" (شرکت‌کننده شماره ۱)

نبود فضای آموزشی در اکثر مراکز ارائه خدمات آموزش و خودمراقبتی را با مشکل مواجهه کرده بگونه‌ای که بدلیل نبود فضا ناچار به استفاده از سالن انتظار مراکز برای امر آموزش می‌گردند و مزاحمت‌های محیطی، رفت‌آمدها و نارضایتی برخی مراجعین بدلیل گرفته شدن وقت آنان کیفیت و ارائه آموزش را مخدوش می‌سازد. نبود امکانات و تجهیزات سمعی و بصری، نبود کتابچه‌ها، بروشورها و پمفلت‌ها، CD یا DVD های آموزشی برای عموم یا جهت پخش در سالن انتظار مراکز، نبود پروژکتور یا LCD، تخته وایت برد و غیره نیز از جمله مواردی هستند که نیاز به تامین دارند.

نیازهای گیرندگان خدمات: مقوله حاضر انعکاس-دهنده محتوای آموزشی مورد نیاز گیرندگان خدمات یا مراجعین می‌باشد. از دیدگاه مشارکت‌کنندگان نیازهای آموزشی که لازم است در بازنگری و تدوین محتوای جدید به آنها توجه داشت به شرح زیر می‌باشد، پرتکرارترین عناوین ذکر شده بترتیب شامل مسئله اعتیاد، مسئله تحکیم خانواده، روابط زوجین، خیانت و آموزش‌های خودمراقبتی به ویژه آموزش تربیت جنسی برای کودکان می‌باشد. مشارکت‌کنندگان اذعان داشتند کودکان جمعیت مغفول مانده در برنامه آموزش هستند. نیاز به آموزش و تربیت جنسی کودکان مهم‌ترین و پرتکرارترین یافته و نیاز به آگاه‌سازی و آموزش بیشتر در حیطه کودک‌آزاری و انواع آن نیز وجود داشت.

"توی مسائل کودک خیلی بیشتر نیازه خب پروتکل فرزندپروری رو داریم کودک آزاری رو هم داریم ولی برا آموزش به خود کودک چیزی نداریم میشه تربیت جنسی و آگاهی خود کودک خیلی مهمه که نداریم ولی باید باشه..." (شرکت‌کننده شماره ۱)

مشارکت‌کنندگان ضمن اذعان به مفید و کاربردی بودن آموزش مهارت‌های زندگی به ضرورت پرداختن به مسائل تحکیم خانواده، روابط زوجین به دلیل شیوع زیاد خیانت در زوجین و همراه بودن آن با خشونت و همسر آزاری و ناکافی بودن اقدامات صورت گرفته اشاره کردند.

"واقعیت اینکه خیانت الان خیلی زیاده متأسفانه ما تو دو تا جنس داریم میبینیم خانمی هست که شوهرش اعتیاد داره اصلا کار نمیکنه خوابیده تو خونه برا اینکه خرج بچه هاشو بتونه دربیاره میگه هر جا میرم کار نیستش خب یا اصلا سواد ندارن هر جا میرن میگن باید حداقل دیپلم داشته باشین و خب کسی میاد سر راهشون بعد وقتی که یکبار

صد در صد بنظرم لازمه چونکه خیلی از مشاوره های پیش از ازدواج الان هزینش انقد زیاده که قبل از ازدواج اصلا به این فکر نمیکنن شاید اگه رایگان باشه و کلاس ها آموزش هاش گذاشته بشه استقبال بشه" (شرکت کننده شماره ۱۴)

بحث

تاکنون در بسیاری از کارهای مشابه با نگرش سنتی در برنامه ریزی، غالبا تصمیم گیری ها بر اساس نظرات متخصصین و افراد صاحب نفوذ انجام شده است، شواهد محور نبودن سیاست گذاری ها در مراقبت های بهداشتی اولیه در مطالعات دیگر نیز تایید شده (۱۹،۲۰). مطالعه حاضر از طریق دریافت نظرات ارائه دهندگان خدمات که در ارتباط نزدیک با گیرندگان خدمات هستند، صورت گرفت. گسترش ارتباطات مجازی و توسعه روزافزون رسانه های گروهی موجب شده بسیاری از مردم نیازهای اطلاعاتی خود را از طریق فضای مجازی تامین کنند. این شبکه ها، ابزار ارتباطی و اطلاع رسانی مهمی را تشکیل داده اند. نتایج این پژوهش نیز نشان داد یکی از نیازهای مهم بحث آموزش مجازی و در دسترس قرار دادن منابع و اطلاعات در اختیار عموم است چرا که بنا به اظهارات مشارکت کنندگان جهت دستیابی به اهداف برنامه شیوه سنتی کنونی کفایت نمی کند و نیاز به اجرا در سطح وسیع تر دارد. در همین راستا و در تایید ضرورت بهره گیری از فناوری های نوین مطالعه Nutbeam (۲۱) بر ضرورت تغییر شیوه اجرای سنتی برنامه آموزش سلامت روان و بهره گیری از تکنولوژی با هدف دسترسی به جمعیت بیشتر، سهولت در انتشار، کاهش هزینه ها و دسترس پذیر ساختن اطلاعات سلامت برای همگان با توجه به تاکید سازمان بهداشت جهانی (۲۲) اشاره می کند. هرچند در

دوبار به این تن فروشی تن میدن دیگه عادت میکنن میان اینجا گریه میکنن یا مثلا خانمی هست که همسرش محل کارش دوره اصلا جای دیگه محل دیگه همسرش کار میکنه بخاطر اینکه مسیر دوره تو رفت آمد ۱۰ روز به ماه بیار میاد یا هفته ای یکبار میاد خب بعد خودش میفهمه همسره داره خیانت میکنه اینا هم هستش" (شرکت کننده شماره ۱۲)

مشارکت کننده دیگری در مورد اهمیت توجه به حوزه اعتیاد، آموزش و آگاهی بخشی بیشتر در این حوزه بیان داشت:

"اغلب اینا با بچه اشون مشکل دارن سیگار میکشه گل میکشه شروع میکنه به پدر مادر خواهر بد رفتاری میکنه بعضی وقت ها جوونا میان صحبت میکنیم اینجا جوونا اکثرا معتاد الکلی هستن خیلی وقت ها مادرا اومدن گفتن و نمیتونن با بچه اشون ارتباط برقرار کنن" (شرکت کننده شماره ۶)

مسئله مشکلات نوجوانان و جوانان، روابط با جنس مخالف، فضای مجازی و لزوم بکارگیری آموزش مهارت های زندگی و آگاهی بخشی در زمینه پیش از ازدواج در سنین نوجوانی و قبل از تشکیل خانواده عنوان گردید.

"بین اینا بیشتر تو زمینه پیش از ازدواج و روابط جنسی یعنی جوونا اصلا آگاهی ندارن اصلا، خیلی الان پیش میاد طرف میاد تو فضای مجازی باهم آشنا شدن میخوان با هم ازدواج کنن اصلا آگاهی ندارن؛ خوبه مثلا بیان به یسری از روانشناسا آموزش بدن آگاهی های پیش از ازدواج رو بعد مراکز که حالا امکاناتش رو دارن یا پایگاه اصلا بزارن یسری جاها رو ببینن جواب میدن الان

نیاز به وجود سوپروایزر آموزشی صاحب صلاحیت برای کارشناسان سلامت‌روان با توجه به آگاهی پایین آنان در خصوص برنامه‌های مراقبت‌های بهداشتی اولیه حائز اهمیت است، نبود مهارت، تسلط و آگاهی لازم جهت ارائه اجرای برنامه‌ها به ویژه آموزش در مطالعات گوناگونی ذکر شده و از یافته‌های ما حمایت می‌کند (۳۱، ۳۰).

نه تنها کارشناسان سلامت‌روان بلکه سایر اعضای تیم سلامت از جمله مراقبین سلامت و پزشکان نیز مطابق با یافته‌های شیری و همکاران (۳۲) همچنان از نیاز خود به آموزش‌های بیشتر در حوزه سلامت‌روان سخن گفتند. در یک نگاه کلی نیز هدف عمده آموزش مداوم بروز نگه داشتن اطلاعات و مهارت‌های نیرو است تا بتوانند نیازهای بیماران و سیستم سلامت را برآورده کنند و موجب ارتقای سیستم سلامت گردند. این دسته از نیازهای آموزشی از طریق برگزاری مستمر و منظم کلاس‌های آموزشی در حوزه سلامت‌روان از دیگر اقداماتی است که در جهت آموزش و ارتقا توانمندی‌های همکاران سلامت‌روان هم مراقبین سلامت و پزشکان باید به آن پرداخت. ظرفیت‌های همکاران و کلاتنی و همکاران نیز اذعان داشتند برنامه‌های مستمر و مناسب بایستی با نیاز آموزشی متخصصان هماهنگ باشد در همین راستا آموزش سلامت‌روان به عنوان اولویت اول نیاز آموزشی برای پزشکان خانواده در مطالعات گوناگون مشخص شده است (۳۵، ۳۳).

دو طبقه مهم بعدی با پرداختن به نیازهای فیزیکی و منابع انسانی به ضرورت بکارگیری نیروی متناسب با جمعیت و امکانات و تجهیزات به ویژه فضای مناسب اشاره داشتند. مهیا نبودن زیرساخت‌های حیاتی، کمبود امکانات و تجهیزات در مرکز خدمات جامع سلامت که برای عملکرد موثر در ارائه خدمت به مردم در مراقبت‌های بهداشتی لازم است در مطالعات گوناگونی اشاره شده است

مطالعات تغییر شیوه آموزشی سنتی و استفاده از فناوری‌های جدید برای آموزش امری مثبت تلقی شده است (۲۴، ۲۳) اما این اقدام پیش از فراهم کردن امکانات مورد نیاز می‌تواند از مطلوبیت آموزش بکاهد.

همراستا با سایر مطالعات (۲۶، ۲۵) نبود همکاری و هماهنگی‌های لازم بین ارگان‌های برون بخش (ارگان‌های خارج از حوزه بهداشت) نیز با دو چندان کردن مشکل به مشکلات موجود دامن می‌زند. در رابطه با عدم همکاری سایر ارگان‌ها، در مطالعه مهرالحسنی و همکاران بیان شده است که به حاشیه رانده شدن تعیین‌کننده‌های اجتماعی موثر بر سلامت‌روان بدلیل نقص در همکاری مناسب با سایر دستگاه‌ها و وزارتخانه‌ها و در نتیجه حضور کم‌رنگ ذینفعان مختلف در چنین برنامه‌هایی می‌باشد (۲۷).

نیاز مهم دیگر مسئله سیستم اطلاع‌رسانی در خصوص برنامه آموزشی، زمان و جلسات آن است چرا که غالباً اطلاع‌رسانی‌ها به شیوه کنونی که توسط مراقبین سلامت بایستی به مراجعین داده شود یا انجام نمی‌شود یا بدرستی انجام نمی‌شود علاوه بر این عموم نسبت به خدمات مراکز جامع سلامت، حضور کارشناس سلامت‌روان و خدمات سلامت‌روانی که در این مراکز ارائه می‌شود بی اطلاع هستند که این یافته با مطالعه پیشین مطابقت دارد (۲۸). لذا ضرورت آگاهی‌بخشی و ارائه اطلاعات لازم به عموم و به ویژه مراجعین در خصوص جلسات آموزشی، زمان و عناوین آن از طریق سیستم‌های اطلاع‌رسانی احساس شد و لازم است در دسترس قرار دادن محتوا و اطلاعات و ارائه خدمات به شیوه مجازی که همه‌گیری کووید-۱۹ بخوبی ضرورت و اهمیت آن را نشان داد و بیش از پیش مورد توجه قرار گیرد. این یافته‌ها با پژوهش پیشین که بر شیوه‌های نوین آموزشی تاکید کرده (۲۹، ۲۱) همسو می‌باشد.

با توجه به تغییر و تحولات فرهنگی و اجتماعی جوامع این موضوعات نیز جهت آموزش در نظر گرفته شوند به ویژه مساله خیانت زناشویی در جامعه ایران به عنوان یک نگرانی رو به رشد مطرح است که با ناپایداری در روابط و نرخ بالای طلاق همراه است و به یکی از آسیب‌های اجتماعی پنهان جامعه تبدیل شده است (۴۳، ۴۲). همچنین بالا بودن شیوع اعتیاد نیز نشان می‌دهد این موضوع یکی از معضلات عمده کشور می‌باشد (۴۴). محتوای کنونی ضعف‌هایی دارد که به دلیل تغییرات شرایط اجتماعی و اقتصادی ممکن است نیازهای افراد را برآورده نکند و نیازمند اصلاحاتی است چرا که تغییرات اتفاق افتاده منجر به تغییر در نیازهای سلامت و تغییر اولویت‌های آنان شده است.

در تبیین این یافته می‌توان به این موضوع اشاره کرد، با توجه اینکه بسته خودمراقبتی و آموزش همگانی از بدو ابلاغ تاکنون مورد بازنگری قرار نگرفته و مطالعه‌ای نیز در این خصوص انجام نشده در راستای تنظیم اهداف برنامه باید از زوایای مهم به بررسی همه جانبه و نیازسنجی پرداخته می‌شد، قنبری و همکاران نیز شتابزدگی در اجرای برنامه‌ها و عدم پایلوت اولیه برنامه‌ها جهت تعیین نقاط ضعف و قوت در طرح تحول را یکی از معضلات طرح دانسته‌اند (۴۵)؛ لذا بازنگری در برنامه آموزشی و خودمراقبتی با در نظر گرفتن نیازهای ذکر شده و محتوای مورد نیاز ضروری بنظر می‌رسد.

نتیجه‌گیری

با توجه به نقش محوری سلامت‌روان و در جهت بالا بردن توانمندی ارائه‌دهندگان خدمات و عموم جامعه در حیطه مذکور باید نتایج نیازسنجی‌های انجام شده در این خصوص در راس برنامه‌ریزی‌های آموزشی و بازنگری این برنامه قرار گیرد تا کیفیت خدمات افزایش یابد و این آموزش‌ها جهت رفع نیازها در حیطه سلامت‌روان و

(۳۸-۳۶، ۳۰) روانی‌پور و همکاران که به بررسی چالش‌های اجرای بسته‌های طرح تحول نظام سلامت پرداخته‌اند از سرعت در اجرایی سازی برنامه‌ها علاوه بر کمبود فضا، امکانات و پرسنل سخن گفته‌اند و کمبودها را یکی از چالش‌های مهم برشمرده‌اند (۳۹). وجود امکانات سمعی بصری همچون پروژکتور، LCD و محتواهای ویدیویی در آموزش به ویژه برای افراد کم سواد و سالمندان بی تاثیر نیست که در اکثر مراکز این امکانات وجود ندارد، از این رو نیاز است زیر ساخت‌های لازم از بعد نیروی انسانی و فناوری تامین گردد.

مقوله دوم انعکاس دهنده نیازهای گیرندگان خدمات و نیازهای لازم به توجه در منابع و محتواهای آموزش خودمراقبتی بود. بر اساس تحلیل یافته‌های حاصل از این پژوهش اولویت‌های آموزشی گوناگونی ذکر گردید، درباره تعیین نیازهای آموزشی از دیدگاه ارائه‌دهندگان خدمات اولویت اول آموزشی برای کودکان مباحث تربیت جنسی و کودک‌آزاری و برای نوجوانان و جوانان مباحث آگاه‌سازی و آموزش در خصوص اعتیاد، ارتباط با جنس مخالف، سلامت جنسی و روابط جنسی پرخطر، مهارت‌های انتخاب همسر، مشکلات نوجوانان با والدین و اعتیاد به اینترنت بود، یافته‌های پیشین نیز با یافته‌های مطالعه حاضر همسو و از آن حمایت می‌کند (۴۱، ۴۰).

در حیطه خانواده نیز مباحث روابط زوجین و خیانت، تحکیم خانواده، افسردگی پیرامون زایمان و اختلالات کودکی علائم و نشانه‌های آن حائز اهمیت می‌باشند. بصورت کلی نیز تمام مشارکت‌کنندگان بر الویت مساله اعتیاد اتفاق نظر داشته و پرداختن به مسئله اعتیاد و تدوین محتواهای آموزشی جهت آگاه‌سازی و خودمراقبتی برای افراد دارای اعتیاد و خانواده‌های آنان را نیاز اساسی مطرح کردند.

خودمراقبتی برای عموم موثر واقع گردد. به منظور اثربخشی هرچه بیشتر برنامه‌های آموزشی ادغام شده در حوزه سلامت روان، کاربردی کردن نتایج حاصل از مطالعات نیازسنجی، منجر به حل مسائل و مشکلات بهداشتی و سلامت بخصوص مسائل آموزشی جامعه خواهند شد و نتایج این پروژه می‌تواند گام موثری در راستای گسترش مبتنی بر نیاز آموزش سلامت روان و کمک شایانی در رسیدن به اهداف این برنامه در چنین مراکزی باشد همچنین در این صورت مبنایی فراهم می‌شود تا بتوان کیفیت خدمات ارائه شده را بهبود بخشید و رضایت دریافت کنندگان خدمت و ترغیب بیش از پیش آنها را به دریافت خدمات فراهم کرد.

تشکر و قدردانی

نویسندگان این مقاله از کلیه مشارکت‌کنندگان در پژوهش تشکر می‌نمایند. این مقاله حاصل طرح با کد 99-1-90-17161 و کد اخلاق IR.IUMS.REC.1399.512 مصوب دانشگاه علوم پزشکی ایران، پژوهشکده پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی/ مرکز تحقیقات بهداشت روان می‌باشد، لذا نویسندگان بر خود لازم می‌دانند جهت تامین هزینه‌های مالی طرح صمیمانه سپاسگذاری نمایند. لازم به ذکر است که نویسندگان این مطالعه، تعارض منافی برای انتشار این مقاله ندارند.

جدول ۱- مشخصات جمعیت شناختی مشارکت کنندگان در مطالعه تبیین نیازهای خودمراقبتی و آموزش همگانی سلامت روان

ردیف	جنسیت	تحصیلات	سمت	محل انجام مصاحبه	سابقه کار
۱	خانم	کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی	روانشناس مرکز خدمات جامع سلامت	مرکز خدمات جامع سلامت	۵ سال
۲	آقا	کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی	روانشناس مرکز خدمات جامع سلامت	مرکز خدمات جامع سلامت	۲ سال
۳	خانم	کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی	روانشناس مرکز خدمات جامع سلامت	مرکز خدمات جامع سلامت	۱/۵ سال
۴	خانم	پزشکی	سرپرست مرکز خدمات جامع سلامت	مرکز خدمات جامع سلامت	۱۲ سال
۵	خانم	کارشناس مامایی	مراقب سلامت مرکز خدمات جامع سلامت	مرکز خدمات جامع سلامت	۸ سال
۶	آقا	پزشکی	سرپرست مرکز خدمات جامع سلامت	مرکز خدمات جامع سلامت	۲۴ سال
۷	خانم	کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی	روانشناس مرکز خدمات جامع سلامت	مرکز خدمات جامع سلامت	۵ سال
۸	خانم	کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی	روانشناس مرکز خدمات جامع سلامت	مرکز خدمات جامع سلامت	۴ سال
۹	خانم	پزشکی	سرپرست مرکز خدمات جامع سلامت	مرکز خدمات جامع سلامت	۱۰ سال
۱۰	خانم	کارشناس مامایی	مراقب سلامت مرکز خدمات جامع سلامت	مرکز خدمات جامع سلامت (شهرستان)	۱۴ سال
۱۱	خانم	پزشکی	سرپرست مرکز خدمات جامع سلامت	مرکز خدمات جامع سلامت (شهرستان)	۱۱ سال
۱۲	خانم	کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی	روانشناس مرکز خدمات جامع سلامت	مرکز خدمات جامع سلامت (شهرستان)	۴ سال
۱۳	خانم	کارشناس مامایی	مراقب سلامت مرکز خدمات جامع سلامت	مرکز خدمات جامع سلامت	۲ سال
۱۴	خانم	کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی	روانشناس مرکز خدمات جامع سلامت	مرکز خدمات جامع سلامت	۵ سال

جدول ۲- مقوله ها به همراه طبقاتشان در تبیین نیازهای خودمراقبتی و آموزش همگانی سلامت روان

طبقات	مقوله‌ها
هماهنگی با ارگان‌های برون بخش سامانه آموزش مجازی و اطلاع رسانی آموزش‌های مستمر و سوپروایزر آموزشی فضای مناسب امکانات و تجهیزات	نیازهای ارائه‌دهندگان خدمات
کودک نوجوان و جوان خانواده	نیازهای گیرندگان خدمات

References

- Herrman H. The Need for Mental Health Promotion. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry. 2001; 35(6):709-15.
- Mohammadzade S, Mohammadi MR, Ahmadi N, Hooshyari Z, tahazade S, Yousefi F, et al. Epidemiology of psychiatric disorders in children and adolescents 6-18 years old in Kurdistan province in 2016. Scientific Journal of Kurdistan University of Medical Sciences. 2019; 23(6):115-27. [Persian]
- Bolhari J, Ahmadkhaniha H, Hajebi A, Yazdi SAB, Naserbakht M, Karimi-Kisomi I, et al. Evaluation of mental health program integration into the primary health care system of iran. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2012;17. [Persian]
- Malekafzali H. Primary Health case in Islamic Republic of Iran. Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research. 2014;12(2):1-10 [Persian]
- Shahmohammadi S, Yaghobi H, Bolhari J, Moshirpour S. Integration of mental health care in primary health care program in Iran: a systematic review. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2013;(1)19:3-8. [Persian]
- Webber D, Guo Z, Mann S. SELF-CARE IN HEALTH: WE CAN DEFINE IT, BUT SHOULD WE ALSO MEASURE IT?-Selfcare Journal. SelfCare Journal, 2015
- Organization WHO. Primary health care: report of the International Conference on primary health care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978: World Health Organization; 1978.

8. Bloom DE, Canning D, Chan K. Higher education and economic development in Africa: World Bank Washington, DC; 2006.
9. Djalalinia S, Tehrani FR, Malekafzali H, Peykari N. Peer education: Participatory qualitative educational needs assessment. *Iranian journal of public health*. 2013;42(12):1422.
10. Rahimi-Movaghar A, Amin-Esmaeili M, Hefazi M, Rafiey H, Shariat SV, Sharifi V, et al. National Priority Setting for Mental Health in Iran. *ijpcp*. 2014;20(3):189-200. [Persian]
11. Bolhari J, Ahmadkhaniha 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):271-8. [Persian]
12. Khosrotaj MH, Zahiri M, Javadipoor S, Mahmood S. Evaluation of Mental Health Integration in Primary Health Care in View of Participants and Rural Health Workers of Dezful, Khuzestan. *Jundishapur Journal of Health Sciences*. 2015;7(2).
13. Shams A, Afrough S, Fatahi M, Marzieh J. View Point of Experts of Isfahan Health and Treatment System about Results of assorted Mental Health in Iran Health System. *Health Information Management*. 2014;10(7):1034-43. [Persian]
14. 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.
15. Shahmohammadi S, Yaghoobi H, Bolhari J, Moshirpour S. Integration of Mental Health Care in Primary Health Care Program in Iran: A Systematic Review. *ijpcp*. 2013;19(1):3-8. [Persian]
16. Sharifi V, Abolhasani F, Farhoudian A, Amin-Esmaeili M. Community Mental Health Centers in Iran: Planning Evidence-based Services. *ijpcp*. 2014;19(3):163766. [Persian]
17. Dadman M. Educational need and its importance in education. *Iranian Journal of Medical Education*, 2003. [Persian]
18. Tabatabaee A, Hasani P, Mortazavi H, Tabatabaeeichehr M. Strategies to enhance rigor in qualitative research. *jnkums*. 2013;5(3):663-70. [Persian]
19. Lankarani KB, Alavian SM, Peymani P. Health in the Islamic Republic of Iran, challenges and progresses. *Medical journal of the Islamic Republic of Iran*. 2013;27(1): 42.
20. shirjang a, Mahfoozpour S, Masoudi Asl I, Doshmangir L. IRAN'S PRIMARY HEALTH CARE CHALLENGES IN REALIZING

- PUBLIC HEALTH COVERAGE: A QUALITATIVE STUDY. *Nursing and Midwifery Journal*. 2020; 18(2):166-79. [Persian]
21. Nutbeam D. Health education and health promotion revisited. *Health Educ J*. 2019;78(6):705-9.
22. WHO. Collaborative discussion series launched on supporting community health workers to accelerate progress towards universal health coverage[Health Information for All] 2019 [Available from: <https://www.who.int/news/item/30-05-2019-global-symposium-on-health-workforce-accreditation-and-regulation-december-2019>].
23. Nutbeam D. Health education and health promotion revisited. *Health Education Journal*. 2018; 78:001789691877021.
24. Iammarino N, O'Rourke T. The Challenge of Alternative Facts and the Rise of Misinformation in the Digital Age: Responsibilities and Opportunities for Health Promotion and Education. *American Journal of Health Education*. 2018;49:1-5.
25. Farzadfar F, Jafari S, Rahmani K, Valiee S, Bidarpour F, Molasheikhi M, et al. Views of managers, health care providers, and clients about problems in implementation of urban family physician program in Iran: A qualitative study. *Scientific Journal of Kurdistan University of Medical Sciences*. 2017;22(5):66-83. [Persian]
26. Damari B, Nasehei A, Vosoogh Moghaddam A. What should we do for improving Iranian social health? Situational analysis, national strategies and role of ministry of health and medical education. *Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research*. 2013;11(1):45-58. [Persian]
27. 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. *sjsph*. 2020; 18(3):245-60. [Persian]
28. 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. [Persian]
29. Iammarino NK, O'Rourke TW. The challenge of alternative facts and the rise of misinformation in the digital age: Responsibilities and opportunities for health promotion and education. *Am J Health Educ*. 2018;49(4):201-5.
30. Hamidzadeh Y, Hashemiparast M, Hassankhani H, Allahverdipour H. Local-level challenges to implementing health education

- programs in rural settings: a qualitative study. *Fam Med Prim Care Rev.* 2019(1):30-4.
31. R Z, Y C, Liu S, Liang S, Wang G, Li L, et al. Progress of equalizing basic public health services in Southwest China--- health education delivery in primary healthcare sectors. *BMC Health Serv Res.* 2020;20(1):247.
 32. Shiri M, Asgari H, Talebi M, Karam Aliyan H, Rohani M, Narimani S. Assessing the educational needs of family physicians working in rural health centers in Isfahan province in five areas of health. *Iranian Journal of Medical Education.* 2010; 10 [Persian]
 33. Clatney L, Macdonald H, Shah S. Mental health care in the primary care setting Family physicians' perspectives. *Canadian family physician Médecin de famille canadien.* 2008;54:884-9.
 34. Zarifsanaiey N, Karamnejad S, Rezaee R. Educational needs of family physicians in the domains of health and conformity with continuing education in Fasa University of Medical Sciences. *Journal of Advances in Medical Education and Professionalism.* 2015;3:84-9.
 35. Shiri M, Asgari H, Talebi M, Karamalian H, Rohani M, Narimani S, et al. Educational Needs Assessment Of Family (General) Physicians Working In Rural Health Centers Of Esfahan Districts In Five Domains. *IRANIAN JOURNAL OF MEDICAL EDUCATION.* 2011;Nolume 10. [Persian]
 36. Sriram S. Are the subcenters adequately equipped to deliver primary healthcare? A study of public health manpower and infrastructure in the health district in Andhra Pradesh, India. *J Family Med Prim Care.* 2019;8(1):102-8.
 37. Sriram S. Availability of infrastructure and manpower for primary health centers in a district in Andhra Pradesh, India. *J Family Med Prim Care.* 2018;7(6):1256.
 38. Bashar MA, Goel S. Are our subcenters equipped enough to provide primary health care to the community: A study to explore the gaps in workforce and infrastructure in the subcenters from North India. *J Family Med Prim Care.* 2017;6(2):208-10.
 39. Ravanipour M, Ostovar A, Darabi H, Pouladi S. Challenges of Health System Reform Plan in Bushehr: A Qualitative Study. *ISMJ.* 2020;22(6):415-31. [Persian]
 40. Motlagh ME, Rejaei L, Jonidi-Jafari A, Ardalan G, Dorouzi J, Sartipizadeh M, et al. Priorities in Health Education Needs of Youth Based on Needs Assessment and Stakeholder Involvement, in Areas Covered by the Health Departments of Iran University of Medical

- Sciences. Journal of Education and Community Health. 2016;3(1):51-7.
41. Pourmarzi D, Rimaz S, Merghati khooi ES. Educational needs for mental health promotion in engaged youth. Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research. 2013;10(3):1-14. [Persian]
42. Atapour N, Ahmadi K, Falsafinejad MR, Khodabakhshi Kolaei A. Risk Factors for Breach of Contract in Couples with Marital Infidelity. Islamic Life Style. 2020;4(4):31-40. [Persian]
43. Karimi S, Yousefi R, Soleymani M. Making Marital Infidelity Questionnaire as valid one. Clinical Psychology and Personality. 2020;17(1):237-48. [Persian]
44. Mozafarinia R, Assarian M, Ziaaddini A. Prevalence of Substance Abuse among Students of Tehran University of Medical Sciences, Iran. Addict Health. 2017;9(2):103-9.
45. Ghanbari A, Moaddab F, Heydarzade A, Jafaraghaee F, Barari F. Health system evolution plan; A new approach to health care delivery: The challenge ahead. Hakim Research Journal. 2017;20(1):1-8. [Persian]

The Needs of Self-Care and Community Mental Health Education

Zahra Validabady¹, Mozhgan Lotfi^{*2}

- 1- MSc. Student, Department of Mental Health, School of Behavioural Sciences and Mental Health, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
- 2- Ph.D. Assistant Professor, Department of Mental Health, School of Behavioural Sciences and Mental Health, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

* Corresponding Author: lotfi.mo@iums.ac.ir

Received: Jan 19, 2022

Accepted: Jun 18, 2022

ABSTRACT

Background and Aim: Among the valuable developments in the primary health care system has been the special attention paid to the issue of mental health and the addition of a self-care program for community mental health education. However, no integrated measures have been taken in relation to the needs of service recipients, educational priorities and the required facilities. This study was conducted to explain the priorities of this program in primary health care centers affiliated to Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Materials and Methods: This was a qualitative study with a content analysis approach. The sample consisted of 12 stakeholders selected by purposive sampling with maximum diversity. Data were collected through in-depth and semi-structured interviews and a modified checklist of the Community Health Needs Assessment Program and analyzed using the Granheim and Landman approach.

Results: Based on data analysis, the needs were grouped into two main categories, namely, the needs of service providers and the needs of service recipients. The service providers' needs included continuous coordination with non-health sectors, a virtual education and information system and continuous training and educational supervision, as well as appropriate space, facilities and equipment, while the of needs of service recipients were classified based on services needed for age groups, namely, services for children, adolescents and young people, adult and middle-aged, elderly and others.

Conclusion: Identifying needs can lead to the optimal use of limited resources aiming at imparting applied education and training. The results of this research can be an effective step towards expansion based on the needs for mental health education and a great help in achieving the goals of this program in primary health care centers. Based on the results it is recommended to plan personnel training and revise the services based on the identified needs in order to increase the effectiveness of this program.

Keywords: Mental Health Education, Self-care, Primary Health Care (PHC), Health Centers

Copyright © 2022 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.