



Policy Brief

Implementing Telepsychiatry to Reduce Recurrent Hospitalizations in Patients with Chronic Mental Disorders: A Policy Brief

Bayaneh Amini ^{1,2,3} , Aynaz Nourani ^{2,3}, Bahlol Rahimi ^{2,3*}

¹ Student Research Committee, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

² Health and Biomedical Informatics Research Center, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

³ Department of Medical Informatics, School of Allied Medical Sciences, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

Abstract

Background: Chronic psychiatric disorders are associated with a substantial burden of disease, reduced quality of life, and frequent hospitalizations. High readmission rates indicate significant challenges in the continuity of care and access to psychiatric services, often influenced by structural factors such as poverty, limited service availability, and insurance-related barriers. This study aimed to examine the role of telepsychiatry in reducing recurrent hospitalizations among patients with chronic mental disorders and to identify policy options to improve access to care and continuity of services.

Methods: This policy brief was conducted using a targeted evidence synthesis approach and following the official WHO EMRO format. Data and findings from five relevant published studies on telepsychiatry were reviewed and analyzed.

Results: The evidence review indicates that the implementation of telepsychiatry is associated with a significant reduction in hospital readmissions, improved clinical outcomes, increased patient satisfaction, lower healthcare costs, and enhanced access to services—particularly in underserved areas. Based on these findings, several key policy options are proposed: 1. Systematic integration of telepsychiatry services into the mental health service package and post-discharge care. 2. Reducing access barriers and the digital divide through the development of technological infrastructure and support for disadvantaged populations. 3. Standardizing and ensuring the quality of telepsychiatry services in accordance with clinical guidelines and ethical frameworks. 4. Ensuring sustainable insurance coverage for telepsychiatry services. 5. Supporting large-scale, high-quality research to monitor outcomes and promote continuous program improvement.

Conclusion: Implementing these policy options can improve the quality of care, enhance equity in access to mental health services, reduce recurrent hospitalizations among patients with chronic psychiatric disorders, and strengthen overall health system performance.

Keywords:

Mental health
Telepsychiatry
Reduced rehospitalization
Chronic psychiatric disorders
Policy brief

*Corresponding author

Bahlol Rahimi
bahlol.rahimi@umsu.ac.ir

Received: 2025/12/08
Accepted: 2026/02/24



اجرای روان پزشکی از راه دور برای کاهش بستری های مکرر در بیماران دارای اختلالات مزمن روانی: یک خلاصه سیاستی

بیانه امینی^{۱، ۲ و ۳} ID، آیناز نورانی^{۳ و ۲}، بهلول رحیمی^{۲ و ۳} * ID

^۱ کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران
^۲ مرکز تحقیقات انفورماتیک سلامت و زیست پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران
^۳ گروه انفورماتیک پزشکی، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

چکیده

زمینه: اختلالات مزمن روان پزشکی با بار بالای بیماری، کاهش کیفیت زندگی و بستری های مکرر بیماران همراه است. نرخ بالای بستری مجدد بیانگر مشکلات جدی در نظام مراقبت و دسترسی به خدمات روان پزشکی است که تحت تأثیر عواملی مانند فقر، محدودیت خدمات و موانع بیمه ای قرار دارد. این مطالعه با هدف بررسی نقش روان پزشکی از راه دور در کاهش بستری های مکرر بیماران مبتلا به اختلالات مزمن روانی و استخراج گزینه های سیاستی برای بهبود دسترسی و تداوم مراقبت انجام شده است.

مواد و روش ها: این خلاصه سیاستی با رویکرد سنتز هدفمند شواهد و در قالب رسمی WHO EMRO، داده ها و نتایج پنج مطالعه معتبر منتشر شده در زمینه روان پزشکی از راه دور را مرور و تحلیل کرده است. **یافته ها:** مرور شواهد نشان داد که به کارگیری روان پزشکی از راه دور با کاهش معنی دار بستری های مجدد، بهبود پیامدهای بالینی، افزایش رضایت بیماران، کاهش هزینه های درمانی و ارتقای دسترسی به خدمات، به ویژه در مناطق محروم، همراه است. بر این اساس، چند گزینه سیاستی کلیدی پیشنهاد می شود: ۱. ادغام نظام مند خدمات روان پزشکی از راه دور در بسته خدمات سلامت روان و مراقبت پس از ترخیص، ۲. کاهش موانع دسترسی و شکاف دیجیتال از طریق توسعه زیرساخت های فناوری و حمایت از گروه های کم برخوردار، ۳. استانداردسازی و تضمین کیفیت خدمات روان پزشکی از راه دور بر اساس راهنماهای بالینی و چارچوب های اخلاقی، ۴. تضمین پوشش بیمه ای پایدار برای خدمات روان پزشکی از راه دور و ۵. حمایت از انجام پژوهش های گسترده و باکیفیت برای پایش پیامدها و بهبود مستمر برنامه ها.

نتیجه گیری: اجرای گزینه های سیاستی فوق می تواند به ارتقای کیفیت مراقبت، بهبود عدالت در دسترسی و کاهش بستری های مکرر در بیماران دارای اختلالات مزمن روان پزشکی کمک کرده و کارایی نظام سلامت را افزایش دهد.

واژگان کلیدی

سلامت روان
روان پزشکی از راه دور
کاهش بستری مجدد
اختلالات مزمن روان
خلاصه سیاستی

*نویسنده مسئول

بهلول رحیمی

bahlol.rahimi@umsu.ac.ir



دریافت: ۱۴۰۴/۰۹/۱۷

پذیرش: ۱۴۰۴/۱۲/۵

پیام کلیدی: روان پزشکی از راه دور، راه حلی اثربخش برای کاهش بستری مکرر و ارتقای دسترسی عادلانه به خدمات سلامت روان، با تمرکز بر بهبود پیامدهای بالینی و کارایی نظام سلامت.

مقدمه

افراد مبتلا به اختلالات شدید و مزمن روان‌پزشکی با بار قابل‌توجهی از علائم روان‌شناختی و مشکلات عملکردی مواجه‌اند که پیامدهای گسترده‌ای بر کیفیت زندگی آنان دارد. این اختلالات از جمله اضطراب، افسردگی، اختلال دوقطبی، اسکیزوفرنی، اختلال استرس پس از سانحه، اختلالات خوردن، اختلالات برهم‌زننده و ناسازگارانه و اختلالات رشدی-عصبی در حال حاضر حدود یک هشتم جمعیت جهان را درگیر کرده‌اند (۱). برآوردهای جهانی نشان می‌دهد که اختلالات روانی از مهم‌ترین علل ناتوانی در جهان محسوب می‌شوند و سهم قابل‌توجهی از بار بیماری‌ها را به خود اختصاص داده‌اند (۲).

در ایران نیز اختلالات روانی شیوع قابل‌توجهی دارند. نتایج پیمایش ملی سلامت روان نشان داده است که حدود ۲۳ درصد از جمعیت بزرگسال کشور در طول زندگی خود حداقل یک نوع اختلال روان‌پزشکی را تجربه می‌کنند و اختلالات اضطرابی و افسردگی از شایع‌ترین این اختلالات هستند (۳ و ۴). این وضعیت موجب افزایش نیاز به خدمات تخصصی روان‌پزشکی و مراقبت‌های پیگیرانه شده و فشار قابل‌توجهی بر نظام سلامت وارد می‌کند.

بیماران مبتلا به اختلالات شدید روانی علاوه بر مشکلات بالینی پیچیده، اغلب با مراجعات پزشکی مکرر، بستری‌های متعدد، هزینه‌های بالای مراقبت و کاهش کیفیت زندگی روبه‌رو هستند (۵). افزون بر این، بستری‌های قابل‌پیشگیری و بستری‌های مجدد که معمولاً نشان‌دهنده کاستی‌هایی در کیفیت مراقبت و پیوستگی خدمات هستند همچنان چالشی اساسی در نظام سلامت محسوب می‌شوند (۶). عواملی مانند دسترسی محدود به خدمات تخصصی، بی‌بضاعتی اقتصادی بیماران، کمبود نیروی انسانی متخصص و عدم پذیرش بیماران دارای بیمه توسط برخی روان‌پزشکان نقش مهمی در افزایش بستری‌های غیرضروری دارند (۷). بیش از یک‌سوم بیماران روان‌پزشکی طی یک سال پس از ترخیص دوباره بستری می‌شوند و این نرخ در

کشورهای مختلف بین ۱۴ تا ۴۳ درصد گزارش شده است (۸). در ایران نیز مطالعات نشان داده‌اند که میزان بستری مجدد در بیماران مبتلا به اختلالات شدید روانی به‌ویژه اسکیزوفرنیا قابل‌توجه است و عواملی مانند عدم پیگیری درمان، دسترسی محدود به خدمات پس از ترخیص و حمایت اجتماعی ناکافی در این زمینه نقش دارند (۹). این روند نه تنها فشار فزاینده‌ای بر ظرفیت محدود مراکز روان‌پزشکی وارد می‌کند، بلکه کیفیت زندگی بیماران را کاهش داده و کارآمدی نظام سلامت را تضعیف می‌کند. از این‌رو، نرخ بستری مجدد یکی از شاخص‌های کلیدی برای سنجش کیفیت مراقبت و تداوم خدمات بوده و همواره توسط سیاست‌گذاران مورد پایش قرار می‌گیرد (۸). اختلالات روانی بار قابل‌توجهی از بیماری را بر جامعه تحمیل می‌کنند و پیامدهای گسترده اجتماعی و اقتصادی، از جمله هزینه‌های درمان، کاهش بهره‌وری نیروی کار و افزایش بار اقتصادی بر خانواده‌ها و نظام سلامت را به همراه دارند (۱۰). بستری‌های مجدد قابل‌پیشگیری فشار مضاعفی بر منابع نظام سلامت وارد کرده، رضایت بیماران را کاهش می‌دهد و کیفیت زندگی آنان را بیش از پیش تضعیف می‌کند (۱۱).

در دهه گذشته، سلامت از راه دور رشد قابل‌توجهی داشته است (۱۲) و در این میان، حوزه روان‌پزشکی از بیشترین میزان استفاده برخوردار بوده است (۱۳). پیشرفت فناوری‌های ارتباطی و گسترش ابزارهای دیجیتال امکان ارائه خدمات سلامت روان از راه دور را فراهم کرده و این رویکرد به‌ویژه پس از همه‌گیری کووید-۱۹ توجه گسترده‌ای را در نظام‌های سلامت به خود جلب کرده است (۱۴).

در این میان، روان‌پزشکی از راه دور به‌عنوان رویکردی نوآورانه در ارائه خدمات سلامت روان مطرح شده و شواهد متعدد نشان داده‌اند که این فناوری می‌تواند میزان بستری و بستری مجدد را کاهش دهد (۱۱)، پیامدهای بالینی هم‌ارز مراقبت حضوری ارائه دهد (۱۲) و در درمان اختلالاتی مانند افسردگی، دوقطبی، اختلال استرس پس از سانحه و اسکیزوفرنیا اثربخش باشد. همچنین گزارش شده است که روان‌پزشکی از راه دور

مواد و روش‌ها

این مطالعه در قالب یک خلاصه سیاستی مبتنی بر مرور هدفمند شواهد انجام شد و فرایند تدوین آن بر اساس رهنمودهای دفتر منطقه‌ای مدیریتانه شرقی سازمان جهانی بهداشت (WHO EMRO) طراحی گردید. هدف از این رویکرد، گردآوری و تلفیق نظام‌مند شواهد علمی موجود درباره نقش روان‌پزشکی از راه دور در کاهش بستری‌ها و بستری‌های مجدد بیماران مبتلا به اختلالات مزمن و شدید روان‌پزشکی و ارائه یافته‌ها در قالبی کاربردی برای تصمیم‌گیری‌های سیاستی در حوزه سلامت روان بود.

در مرحله گردآوری شواهد، جست‌وجوی گسترده‌ای در پایگاه‌های داده علمی بین‌المللی شامل PubMed، Web of Science (WOS)، Scopus، ScienceDirect، Cochrane، IEEE Xplore، ACM Digital Library، Library و Google Scholar انجام شد. این جست‌وجو در مجموع به شناسایی ۱۲۴ مقاله مرتبط با موضوع منجر شد. پس از حذف موارد تکراری، عناوین و چکیده‌ها مورد غربالگری اولیه قرار گرفتند و سپس متن کامل مقالات به صورت مستقل توسط دو پژوهشگر بررسی شد تا میزان انطباق آن‌ها با معیارهای ورود مطالعه تعیین شود. معیار انتخاب شامل مطالعاتی بود که به طور مشخص به کاربرد روان‌پزشکی از راه دور یا سایر مداخلات مبتنی بر فناوری ارتباطی در مدیریت اختلالات روان‌پزشکی پرداخته و ارتباط آن را با شاخص‌هایی نظیر کاهش بستری یا بستری مجدد بیماران در بخش نتایج گزارش کرده بودند. همچنین، تنها مقالات منتشرشده در مجلات دارای داوری همتا در بازه زمانی ۲۰۱۸ تا ۲۰۲۴ در نظر گرفته شدند.

در نهایت پنج مطالعه واجد شرایط برای تحلیل انتخاب شدند. این مطالعات از نظر طراحی پژوهش شامل یک مرور نظام‌مند (۷)، یک کارآزمایی بالینی تصادفی‌سازی‌شده (۱۲)، دو مطالعه مشاهده‌ای گذشته‌نگر (۸ و ۱۳) و یک مطالعه مقطعی (۴) بودند.

رضایت بیماران را افزایش می‌دهد، هزینه‌های مراقبت را کاهش می‌دهد (۱۲) و از بار بستری‌های مکرر می‌کاهد (۵). همچنین برخی از مطالعات نیز بر نقش این فناوری در بهبود دسترسی زود هنگام به خدمات در مناطق محروم، افزایش مشارکت بیماران در درمان و ارتقای کارآمدی نظام سلامت تأکید دارند (۱۴ و ۱۵).

با وجود این مزایا، دسترسی به خدمات روان‌پزشکی آنلاین در بسیاری از کشورها از جمله ایران با چالش‌هایی مواجه است. محدودیت زیرساخت‌های فناوری اطلاعات، دسترسی نابرابر به اینترنت پرسرعت، شکاف دیجیتال در میان گروه‌های مختلف جمعیتی، نگرانی‌های مربوط به محرمانگی اطلاعات و نبود چارچوب‌های قانونی و اجرایی مشخص از جمله موانعی هستند که می‌توانند استفاده گسترده از این خدمات را محدود کنند (۱۶). این چالش‌ها به‌ویژه در مناطق محروم و در میان بیماران دارای مشکلات اقتصادی یا سطح سواد دیجیتال پایین بیشتر مشاهده می‌شود و می‌تواند دسترسی مستمر بیماران به خدمات سلامت روان را مختل کند.

با وجود شواهد رو به افزایش در مورد اثربخشی روان‌پزشکی از راه دور، ادغام نظام‌مند این رویکرد در نظام‌های سلامت بسیاری از کشورها، از جمله ایران، هنوز با چالش‌های سیاستی، اجرایی و زیرساختی همراه است. بنابراین، بررسی و تبیین راهبردهای مبتنی بر شواهد برای توسعه و اجرای روان‌پزشکی از راه دور می‌تواند گامی مهم در بهبود دسترسی به خدمات سلامت روان، کاهش بستری‌های قابل‌پیشگیری و ارتقای کیفیت مراقبت از بیماران مبتلا به اختلالات مزمن روانی باشد.

این خلاصه سیاستی با هدف ادغام مبتنی بر شواهد روان‌پزشکی از راه دور در مراقبت از بیماران مبتلا به اختلالات روان‌پزشکی تدوین شده است. این سند بر ضرورت سرمایه‌گذاری در زیرساخت‌ها، توسعه دستورالعمل‌های استاندارد و اجرای برنامه‌های حمایتی تأکید می‌کند تا از طریق کاهش بستری‌های قابل‌پیشگیری، ارتقای کیفیت زندگی بیماران و کاهش بار اقتصادی، کارآمدی نظام سلامت افزایش یابد.

که مجموعه‌ای از شواهد بالینی و تجربی مرتبط با مداخلات روان‌پزشکی از راه دور را فراهم می‌کردند. فرایند استخراج داده‌ها به صورت ساختار یافته انجام شد و اطلاعاتی نظیر ویژگی‌های جمعیتی شرکت‌کنندگان، نوع و مدت مداخله، گروه‌های مقایسه‌ای، شاخص‌های بستری و بستری مجدد، و همچنین پیامدهای مرتبط با هزینه‌ها و امکان‌پذیری اجرای مداخله ثبت و تحلیل شد. به منظور ارزیابی کیفیت روش‌شناختی و احتمال سوگیری در مطالعات، از ابزارهای استاندارد بین‌المللی متناسب با نوع طراحی پژوهش استفاده گردید؛ به گونه‌ای که ابزار 2 AMSTAR برای مرورهای نظام‌مند، ابزار 2 Cochrane RoB برای کارآزمایی‌های تصادفی‌سازی شده و چک‌لیست‌های تعدیل‌شده مؤسسه (Joanna Briggs) (JBI) برای مطالعات مشاهده‌ای و مقطعی به کار گرفته شد (پیوست ۱).

با توجه به ناهمگنی قابل توجه در طراحی مطالعات، نوع مداخلات و شاخص‌های پیامدی مورد سنجش، امکان انجام متاآنالیز فراهم نبود. از این رو، یافته‌های مطالعات منتخب از طریق روش سنتز روایی مورد تحلیل قرار گرفتند. در این رویکرد، تمرکز بر بررسی جهت و میزان اثر مداخلات، مقایسه نتایج میان مطالعات مختلف و شناسایی الگوهای مشترک در شواهد موجود بود. در نهایت، نتایج به دست آمده با هدف استخراج پیامدهای کاربردی و تدوین توصیه‌های سیاستی تحلیل شدند تا ضمن هم‌راستایی با سیاست‌های ملی سلامت روان، از نظر اجرایی نیز قابل پیاده‌سازی بوده و به ارتقای عدالت در دسترسی به خدمات سلامت روان کمک کنند.

یافته‌ها

با تحلیل و بررسی نتایج مقالات شش توصیه سیاستی استخراج شد. تمامی توصیه‌های زیر مبتنی بر داده‌های حاصل از یک یا چند مطالعه بوده و پیش از اجرای گسترده، نیازمند ارزیابی در سطوح مختلف هستند.

پژوهش‌های باکیفیت و گسترده: با وجود انجام مطالعات گذشته‌نگر و کارآزمایی‌های بالینی کوچک، همچنان کمبود کارآزمایی‌های بالینی وسیع از نظر تعداد شرکت‌کنندگان و مدت مطالعه به طور قابل توجهی احساس می‌شود (۷).

مداخلات شخصی‌سازی شده: طراحی برنامه‌های روان‌پزشکی از راه دور متناسب با نوع اختلال، وضعیت عملکردی بیماران و سطح سواد دیجیتال آنان می‌تواند به افزایش اثربخشی و کارایی این خدمات منجر شود (۱۲). ادغام در خدمات سلامت روان: روان‌پزشکی از راه دور قابلیت آن را دارد که به عنوان بخشی پایدار و ساختاریافته در نظام ارائه خدمات سلامت روان ادغام شود (۸ و ۱۳).

کاهش موانع دسترسی و رفع شکاف دیجیتال: ضروری است برای جمعیت‌های محروم و آسیب‌پذیر، آموزش‌های دیجیتال، اینترنت پایدار و تجهیزات مناسب فراهم شود تا فرصت بهره‌مندی از خدمات افزایش یابد (۸ و ۱۳).

ارتقای کیفیت و استانداردسازی روان‌پزشکی از راه دور: اجرای اثربخش این خدمات نیازمند پیگیری منظم بیماران، مدیریت صحیح دارو، هماهنگی میان تیم‌های درمان و ارائه مشاوره‌ای از راه دور به بیماران و خانواده‌های آنان است (۱۲).

پوشش بیمه‌ای: پذیرش و استفاده گسترده‌تر از خدمات روان‌پزشکی از راه دور زمانی محتمل‌تر است که این خدمات در برنامه‌های بیمه‌ای تحت پوشش قرار گیرند (۴).

این توصیه‌های سیاستی با هدف پر کردن شکاف‌های موجود در شواهد، بهبود کیفیت مراقبت، ارتقای عدالت در دسترسی به خدمات، و ایجاد بستر لازم برای به کارگیری پایدار این خدمات در نظام سلامت روان ارائه شده‌اند.

توضیح گزینه‌های سیاستی و مزایا و معایب آن‌ها در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. گزینه‌های سیاستی مطرح شده بر مبنای مرور شواهد

گزینه‌های سیاستی	پژوهش‌های باکیفیت و گسترده	مداخلات شخصی‌سازی‌شده	ادغام در خدمات سلامت روان	کاهش موانع دسترسی و شکاف دیجیتال	کیفیت و استانداردسازی روان‌پزشکی از راه دور	پوشش بیمه‌ای
توضیح	حمایت از مطالعات گسترده و چندمرکزی با پایبندی به پروتکل برای ارزیابی تأثیر روان‌پزشکی از راه دور بر بستری‌های قابل پیشگیری	توسعه مدل‌های مداخله‌ای متناسب با تشخیص، شدت بیماری، عوامل عملکردی و سواد دیجیتال بیماران	ادغام روان‌پزشکی از راه دور در چارچوب دائمی شبکه‌های ملی و منطقه‌ای سلامت روان	گسترش دسترسی دیجیتال با آموزش، تجهیزات مقرون‌به‌صرفه و اینترنت پایدار برای گروه‌های محروم	ترکیب روان‌پزشکی از راه دور با مراقبت ساختاریافته پس از ترخیص شامل پیگیری منظم و مدیریت دارویی	طبقه‌بندی روان‌پزشکی از راه دور به‌عنوان جزء ضروری خدمات مشمول بیمه جهت تأمین مالی پایدار
مزایای اصلی	ایجاد شواهد قوی قابل‌تعمیم برای سیاست‌گذاران و کاهش عدم قطعیت نسبت به اثربخشی	افزایش اثربخشی و تناسب خدمات با نیازها و ترجیحات بیماران	تضمین پایداری خدمات و ارتقای زیرساخت و نیروی انسانی	رفع نابرابری‌ها و گسترش دسترسی برای مناطق محروم و دورافتاده	بهبود اثربخشی بالینی در کاهش بستری مجدد با تضمین کیفیت و شدت خدمت	تضمین پایداری مالی و کاهش بار اقتصادی برای بیماران و ارائه‌دهندگان
معایب اصلی	نیازمند بودجه سنگین، زمان طولانی و هماهنگی پیچیده	نیازمند داده‌های جامع بیمار و منابع بیشتر برای طراحی و سفارشی‌سازی	نیازمند پشتیبانی مقرراتی، تأمین مالی پایدار و هماهنگی چندسطحی	هزینه اولیه بالا برای تجهیزات، اینترنت و پشتیبانی فنی	ایجاد پیچیدگی عملیاتی به دلیل نیاز به سیستم‌های پایش دقیق و آموزش کارکنان	احتمال مقاومت بیمه‌گران و نیاز به تغییرات قانونی
هزینه و امکان‌پذیری	هزینه بالا، امکان‌پذیری متوسط؛ وابسته به گرنت‌های پژوهشی و همکاری دانشگاه-دولت	هزینه متوسط تا بالا؛ قابل اجرا در محیط‌هایی با سامانه‌های داده پیشرفته	هزینه متوسط؛ قابل اجرا در صورت ادغام تدریجی با ساختارهای موجود	هزینه اولیه بالا؛ امکان‌پذیر با حمایت دولت، NGO و مشارکت عمومی- خصوصی	هزینه متوسط؛ قابل اجرا با وجود پرونده الکترونیک سلامت و کارکنان آموزش‌دیده	هزینه جاری کم تا متوسط؛ بسیار قابل اجرا پس از پوشش بیمه‌ای
ملاحظات عدالت	گنجاندن جمعیت‌های نماینده و کاهش سوگیری در پژوهش	جلوگیری از حذف گروه‌های آسیب‌پذیر از طریق طراحی مبتنی بر تنوع بالینی	تضمین دسترسی برابر، حتی برای مناطق کم‌برخوردار	پرداختن به شکاف‌های جنسیتی، قومی، اقتصادی- اجتماعی و جغرافیایی	تضمین پیگیری و کیفیت برابر برای همه بیماران	دسترسی مالی برابر برای بیماران کم‌درآمد و حاشیه‌نشین از طریق پوشش بیمه
مسئولیت ذی‌نفعان	پژوهشگران، وزارت بهداشت، دانشگاه‌ها و نهادهای تأمین مالی	کلینیسین‌ها، طراحان خدمات سلامت، گروه‌های حمایت از بیمار، تیم‌های IT	وزارت بهداشت، نهادهای منطقه‌ای سلامت، مدیران بیمارستان‌ها	وزارت بهداشت، NGOها، اپراتورهای مخابرات، کارکنان سلامت جامعه	تیم‌های مراقبت، مدیران برنامه، واحدهای IT	وزارت بهداشت، بیمه‌گران، مدیران بیمارستان، انجمن‌های حرفه‌ای

بحث

یافته‌های این خلاصه سیاستی نشان می‌دهد که کاهش بستری‌های مکرر در بیماران دارای اختلالات مزمن و شدید روان‌پزشکی، تنها با تمرکز بر درمان دارویی یا افزایش ظرفیت تخت‌های بیمارستانی قابل دستیابی نیست. بستری مجدد معمولاً در نقطه‌ای رخ می‌دهد که پیوند بیمار با مراقبت پس از ترخیص ضعیف می‌شود، پیگیری سرپایی به موقع انجام نمی‌گیرد، خانواده آمادگی کافی برای مراقبت ندارد یا بیمار به خدمات جامعه‌محور و تخصصی دسترسی پایدار پیدا نمی‌کند. از این منظر، بستری مجدد نه فقط یک پیامد بالینی، بلکه شاخصی از کیفیت تداوم مراقبت و کارآمدی نظام سلامت روان است. مرور انجام‌شده توسط اوسو (OWUSU) و همکاران نشان می‌دهد که عوامل مؤثر بر بستری مجدد بیماران روان‌پزشکی چندبعدی‌اند و از ویژگی‌های بالینی بیمار تا ضعف برنامه ترخیص، ناپیگیری سرپایی، مصرف مواد، سابقه بستری و محدودیت خدمات جامعه‌محور را در برمی‌گیرند (۵). بنابراین، هر سیاستی که با هدف کاهش بستری‌های مکرر طراحی می‌شود، باید به جای تمرکز صرف بر مرحله بستری، مسیر کامل مراقبت پیش و پس از ترخیص را مورد توجه قرار دهد.

در ایران، ضرورت توجه به این موضوع با شواهد مربوط به نابرابری‌های سلامت روان تقویت می‌شود. مرور نظام‌مند زندگی و همکاران نشان می‌دهد که وضعیت سلامت روان در ایران تحت تأثیر مجموعه‌ای از عوامل اجتماعی و ساختاری قرار دارد؛ عواملی مانند فقر، جنسیت، قومیت، مهاجرت، سن، پوشش بیمه‌ای، توزیع منابع، کمبود نیروی انسانی، محدودیت بودجه و ضعف هماهنگی بین‌بخشی (۱۷). این مسئله به‌ویژه برای بیماران دارای اختلالات مزمن روان‌پزشکی اهمیت دارد؛ زیرا این گروه معمولاً به مراقبت بلندمدت، پیگیری منظم، حمایت خانواده و خدمات جامعه‌محور نیاز دارند. مطالعه پیروزی و

همکاران نیز نشان داد که در میان بزرگسالان دارای معلولیت در غرب ایران، شیوع علائم مشکوک به اختلال روانی بالا بوده و عواملی مانند فقر، بیکاری، زن بودن و نداشتن بیمه تکمیلی با افزایش احتمال مشکلات روانی همراه بوده است (۱۸). این یافته‌ها نشان می‌دهد که بیماران آسیب‌پذیر، هم بیشتر در معرض مشکلات روانی قرار دارند و هم ممکن است دسترسی کمتری به مراقبت مؤثر داشته باشند.

بستری مجدد در بیماران دارای اختلالات شدید روانی در ایران نیز با عوامل اجتماعی، خانوادگی و جغرافیایی پیوند دارد. مطالعه آریشگری و همکاران درباره بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی نشان داد که تعداد بستری‌های مجدد با طولانی‌تر بودن مدت بیماری، سابقه خانوادگی اختلال روان‌پزشکی، بیکاری یا ناتوانی، داشتن فرزندانی بیشتر، سابقه بازداشت یا زندان و سکونت در شهرستان‌های دورتر از مرکز خدمات تخصصی ارتباط دارد (۱۹). این یافته‌ها نشان می‌دهد که بستری مجدد را نمی‌توان فقط به شدت بیماری نسبت داد؛ بلکه محدودیت دسترسی به خدمات تخصصی، وضعیت شغلی، فشار خانوادگی و فاصله از مراکز درمانی نیز در آن نقش دارند. بنابراین، کاهش بستری‌های مکرر مستلزم مداخله‌ای است که بیمار را پس از ترخیص رها نکند و بتواند ارتباط او را با نظام درمان، خانواده و خدمات اجتماعی حفظ کند.

شواهد مربوط به مراقبت پس از ترخیص و خدمات جامعه‌محور نیز همین مسیر را تأیید می‌کند. در ایران، پروتکل کارآزمایی حاجبی و همکاران بر این فرض استوار بود که نبود پیگیری فعال پس از ترخیص، به‌ویژه در مناطق شهری، می‌تواند به پدیده «در چرخان» و بستری‌های مکرر در بیماران دارای اختلالات شدید روانی منجر شود. در این طرح، خدمات پس از ترخیص شامل پیگیری تلفنی، مراقبت در منزل، آموزش خانواده و آموزش مهارت‌های اجتماعی طراحی شده بود؛ بنابراین این

است (۲۰). این یافته بیش از آنکه صرفاً به شرایط کووید-۱۹ محدود باشد، یک پیام سیاستی مهم دارد: نظام سلامت روان باید برای زمان‌هایی که مراجعه حضوری دشوار، ناپایدار یا پرهزینه می‌شود، مسیرهای مکملی برای حفظ تماس درمانی داشته باشد. روان‌پزشکی از راه دور، در صورت طراحی درست، می‌تواند یکی از این مسیرها باشد؛ به‌ویژه برای پیگیری پس از ترخیص، یادآوری مراجعات، بررسی پایبندی دارویی، حمایت از خانواده و مداخله زودهنگام در علائم عود.

از نظر علمی، شواهد موجود از روان‌پزشکی از راه دور به‌عنوان یک روش قابل دفاع در بسیاری از حوزه‌های مراقبت روان‌پزشکی حمایت می‌کنند. مرورهای انجام‌شده نشان داده‌اند که روان‌پزشکی از راه دور در زمینه رضایت بیمار، قابلیت ارزیابی بالینی، پیامدهای درمانی و هزینه‌اثربخشی در بسیاری از موارد با مراقبت حضوری قابل مقایسه است (۲۱) و همچنین متاآنالیز کارآزمایی‌های تصادفی‌شده نشان داده است که روان‌پزشکی از راه دور در مجموع از نظر بهبود علائم تفاوت معناداری با درمان حضوری ندارد، اگرچه میزان تناسب آن ممکن است بر اساس نوع اختلال متفاوت باشد (۲۳).

شواهد مربوط به تشخیص و ارزیابی علائم نیز نشان می‌دهد که همخوانی بین ارزیابی از راه دور و حضوری در بسیاری از اختلالات قابل قبول است (۲۴). این یافته‌ها از نظر سیاست‌گذاری اهمیت دارند، زیرا بدون اعتبار بالینی در تشخیص، ارزیابی علائم و پیگیری، نمی‌توان روان‌پزشکی از راه دور را در مراقبت بیماران مزمن و شدید وارد کرد.

با وجود این، روان‌پزشکی از راه دور نباید به‌عنوان جایگزین کامل مراقبت حضوری تلقی شود. برخی بیماران، به‌ویژه در شرایط بحران حاد، خطر خودآسیب‌رسانی یا دیگرآسیب‌رسانی، اختلالات پیچیده یا نیاز به ارزیابی مستقیم، همچنان به مراقبت حضوری یا مدل ترکیبی نیاز دارند. از سوی

منبع بیش از آنکه اثبات‌کننده اثربخشی باشد، بر ضرورت طراحی مداخلات ساختاریافته پس از ترخیص دلالت دارد (۱۵). در ادامه، مرور نظام‌مند و فراتحلیل تابان و همکاران نشان داد که خدمات جامعه‌محور سلامت روان در ایران با کاهش بستری مجدد، کاهش شدت علائم، بهبود مهارت‌های اجتماعی و کاهش بار مراقبان همراه بوده و از نظر هزینه‌اثربخشی نیز قابل توجه است (۱۶). این شواهد نشان می‌دهد که حرکت از مراقبت بیمارستان‌محور به مراقبت پیوسته و جامعه‌محور می‌تواند یکی از مسیرهای مهم کاهش فشار بر تخت‌های روان‌پزشکی باشد.

از منظر مراقبت خانواده‌محور نیز، پیگیری از عود فقط به مصرف دارو محدود نمی‌شود. مطالعه اصغرزاده و همکاران نشان می‌دهد که مراقبت انتقالی می‌تواند از طریق بهبود دانش و نگرش مراقبان، کاهش سرزنش و سوءبرداشت نسبت به بیماری، افزایش احساس امنیت و تقویت مشارکت بیمار در درمان، به پیگیری از عود کمک کند (۱۹). در بیماران دارای اختلالات شدید روان‌پزشکی، خانواده معمولاً نخستین منبع مراقبت پس از ترخیص است؛ بنابراین اگر خانواده آموزش کافی نداشته باشد، نشانه‌های اولیه عود را تشخیص ندهد یا از حمایت حرفه‌ای محروم باشد، احتمال قطع درمان و مراجعه دیرنگام افزایش می‌یابد. روان‌پزشکی از راه دور می‌تواند در چنین شرایطی به‌عنوان ابزاری برای حفظ ارتباط خانواده و تیم درمان، آموزش مراقبان و پایش زودهنگام علائم مورد توجه قرار گیرد.

همه‌گیری کووید-۱۹ نیز اهمیت تداوم مراقبت در بیماران دارای اختلالات شدید روانی را آشکارتر کرد. مطالعه نورائین (Nooraeen) و همکاران نشان داد که در دوره همه‌گیری، محدود شدن خدمات حضوری با افزایش عود، تشدید وضعیت روان‌پزشکی بیماران و افزایش بار مراقبان همراه بوده

دیگر، اثر روان‌پزشکی از راه دور بر کاهش بستری مجدد نباید بدیهی فرض شود؛ بلکه باید در قالب برنامه‌هایی که به مراقبت پس از ترخیص، خدمات جامعه‌محور و مسیر ارجاع حضوری متصل هستند، ارزیابی گردد. به بیان دیگر، ارزش سیاستی روان‌پزشکی از راه دور در این نیست که صرفاً یک ویژگی حضوری را به ویژگی آنلاین تبدیل کند، بلکه در آن است که فاصله میان بیمار، خانواده و تیم درمان را در دوره‌های پرخطر پس از ترخیص کاهش دهد.

یکی از موانع اصلی اجرای این رویکرد، مسئله بیمه و تأمین مالی پایدار است. مطالعه نستاران و همکاران درباره پوشش بیمه‌ای خدمات سلامت روان الکترونیک نشان می‌دهد که طراحی بیمه باید با توان پرداخت کاربران، حمایت از گروه‌های آسیب‌پذیر، دامنه خدمات قابل پوشش، صلاحیت ارائه‌دهندگان، کاهش بروکراسی و نظارت بر کیفیت همراه باشد (۲۵). اگر خدمات روان‌پزشکی از راه دور تحت پوشش بیمه قرار نگیرند یا فقط به صورت محدود و نامنظم بازپرداخت شوند، احتمال استفاده پایدار از آن‌ها کاهش می‌یابد. این مسئله برای بیماران مزمن و کم‌درآمد اهمیت بیشتری دارد، زیرا این گروه‌ها معمولاً به مراجعات مکرر، پیگیری طولانی‌مدت و حمایت مستمر نیاز دارند.

از سوی دیگر، پذیرش ارائه‌دهندگان خدمت نقش تعیین‌کننده‌ای در اجرای پایدار روان‌پزشکی از راه دور دارد. کووان (Cowan) همکاران نشان داده‌اند که پزشکان و درمانگران می‌توانند در عمل نقش «دروازه‌بان» این خدمات را داشته باشند؛ زیرا نگرانی‌های آنان درباره کیفیت رابطه درمانی، حریم خصوصی، ایمنی بیمار، مسئولیت حقوقی، مجوزها، بازپرداخت مالی، آموزش و تغییر جریان کار بالینی می‌تواند گسترش این خدمات را محدود کند (۲۶). بنابراین، توسعه روان‌پزشکی از راه دور بدون آموزش حرفه‌ای، راهنماهای بالینی،

پشتیبانی فنی و شفافیت حقوقی نمی‌تواند پایدار باشد.

در ایران، موانع اجرای تله‌مدیسین بیشتر جنبه ساختاری و سیاستی دارد. مرور نظام‌مند مهرالحسنی و همکاران نشان می‌دهد که موانع استقرار تله‌مدیسین در ایران در حوزه‌هایی مانند حکمرانی، تأمین مالی، نیروی انسانی و نظام اطلاعات سلامت قابل طبقه‌بندی است (۲۷). همچنین مطالعه حسینی و همکاران از دیدگاه سیاست‌گذاران سلامت نشان می‌دهد که چالش‌هایی مانند ضعف سیاست‌گذاری، نبود نقشه راه، ابهام در سازوکار اجرا، زیرساخت ارتباطی ناکافی، خلأهای قانونی، بروکراسی، مشکلات اقتصادی و آمادگی فرهنگی ناکافی، اجرای تله‌مدیسین را دشوار می‌کند (۲۸). این موانع نشان می‌دهد که توسعه روان‌پزشکی از راه دور در ایران نیازمند تصمیم‌های پراکنده و کوتاه‌مدت نیست، بلکه به چارچوب اجرایی روشن، تعرفه‌گذاری، نظام بازپرداخت، استانداردهای محرمانگی، آموزش نیروی انسانی و هماهنگی بین‌بخشی نیاز دارد.

مسئله دیگر، شکاف دیجیتال است. دسترسی آنلاین لزوماً به معنای دسترسی واقعی به مراقبت نیست. ویلیامسون (Williamson) و همکاران نشان داده‌اند که برای بیماران کم‌درآمد و افراد دارای اختلالات شدید روانی، داشتن تلفن همراه یا اینترنت به‌تنهایی کافی نیست؛ زیرا مشکلاتی مانند قطع اینترنت، خراب شدن یا گم شدن گوشی، تمام شدن شارژ، محدودیت بسته اینترنت، تغییر شماره، نبود فضای خصوصی و دشواری حفظ ارتباط منظم می‌تواند دسترسی به مراقبت را مختل کند (۲۹). در نتیجه، اگر روان‌پزشکی از راه دور بدون توجه به این موانع اجرا شود، ممکن است بیشتر به سود بیمارانی باشد که از قبل توان مالی، سواد دیجیتال و زیرساخت مناسب‌تری دارند. تجربه کشورهای کم‌درآمد و با درآمد متوسط نیز نشان می‌دهد که خدمات

دیجیتال سلامت روان فقط زمانی می‌توانند به کاهش شکاف درمان کمک کنند که با زمینه اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی و زیرساختی هر کشور سازگار شوند (۳۰). بنابراین، پیام اصلی این بحث آن است که روان‌پزشکی از راه دور باید به‌عنوان بخشی از یک مدل مراقبت پیوسته، جامعه‌محور و پس از ترخیص طراحی شود. چنین مدلی باید به پیگیری دارویی، آموزش خانواده، پایش علائم عود، مسیر ارجاع حضوری، پوشش بیمه‌ای، آموزش ارائه‌دهندگان، زیرساخت امن، حفاظت از محرمانگی و شاخص‌های پایش کیفیت متصل باشد. در غیر این صورت، استفاده از فناوری به‌تنهایی نمی‌تواند مسئله پیچیده بستری‌های مکرر را حل کند و حتی ممکن است نابرابری‌های موجود در دسترسی به مراقبت روان‌پزشکی را در قالبی جدید بازتولید نماید. یکی از محدودیت‌های این خلاصه سیاستی، ناهمگنی مطالعات از نظر نوع طراحی، جمعیت هدف، نوع مداخله، مدت پیگیری و پیامدهای سنجش‌شده است. بخشی از شواهد مربوط به روان‌پزشکی از راه دور از مطالعات مشاهده‌ای یا مرورهای روایی و نظام‌مند به‌دست آمده و شواهد مستقیم درباره اثر این خدمات بر بستری مجدد در بیماران مزمن روان‌پزشکی هنوز محدود است. همچنین، برخی مطالعات ایرانی درباره خدمات پس از ترخیص یا جامعه‌محور مستقیماً به روان‌پزشکی از راه دور نپرداخته‌اند، اما برای فهم ضرورت تداوم مراقبت و طراحی مدل اجرایی مرتبط استفاده شده‌اند. از این رو، اجرای برنامه‌های پایلوت و مطالعات طولی در ایران، با شاخص‌هایی مانند بستری مجدد، مراجعه به اورژانس، پایبندی درمانی، رضایت بیمار و خانواده، هزینه‌اتربخشی و عدالت دسترسی، برای تصمیم‌گیری نهایی ضروری است. اجرای پایدار روان‌پزشکی از راه دور نیازمند پایش منظم شاخص‌هایی است که هم پیامدهای بالینی و هم عدالت در دسترسی را نشان دهند. نرخ بستری

مجدد در بازه‌های ۳۰ و ۹۰ روز، مراجعه به بخش اورژانس، پایبندی به درمان، میزان مشارکت دیجیتال، رضایت بیمار و خانواده، هزینه‌اتربخشی و میزان بهره‌مندی گروه‌های کم‌برخوردار از جمله شاخص‌هایی هستند که می‌توانند برای ارزیابی موفقیت برنامه به‌کار روند. استفاده از داشبوردهای یکپارچه پایش کیفیت و ثبت منظم داده‌ها، امکان اصلاح به‌موقع برنامه و شناسایی گروه‌هایی را فراهم می‌کند که علی‌رغم نیاز بالا، کمتر از خدمات مجازی بهره‌مند می‌شوند.

در مسیر اجرا، چالش‌هایی مانند نابرابری در زیرساخت دیجیتال، سواد دیجیتال پایین در برخی گروه‌های بیماران، ضعف هماهنگی میان تیم‌های ارائه‌دهنده خدمت، ابهام در مسیر ارجاع حضوری و ناهماهنگی در بازپرداخت بیمه‌ای می‌تواند پایداری برنامه را محدود کند. در مقابل، وجود پروتکل‌های بالینی استاندارد، پلتفرم‌های ایمن و کاربرپسند، آموزش هدفمند برای بیماران و کارکنان، حمایت از گروه‌های کم‌درآمد، و ادغام روان‌پزشکی از راه دور در شبکه رسمی مراقبت سلامت روان، از عوامل تسهیل‌کننده اجرای موفق این خدمت خواهد بود.

همچنین، شکاف‌های موجود در شواهد نشان می‌دهد که هنوز درباره شدت و مدت بهینه مداخله، اثربخشی آن در زیرگروه‌های مختلف بیماران، پیامدهای بلندمدت و نسبت هزینه - منفعت در زمینه ایران به داده‌های بیشتری نیاز است. بنابراین، اجرای برنامه‌های پایلوت چندمرکزی، مطالعات طولی، تحلیل‌های هزینه‌اتربخشی و ارزیابی عدالت در دسترسی باید بخشی از مسیر توسعه روان‌پزشکی از راه دور باشد. در سطح سیاستی نیز تدوین جعبه‌ابزارهای عملیاتی، تعریف تعرفه و سازوکار بازپرداخت پایدار، و همسوسازی این خدمت با سیاست‌های ملی سلامت روان از گام‌های ضروری بعدی است. بازبینی این خلاصه سیاستی در بازه‌های دو تا سه ساله یا در صورت انتشار شواهد مهم جدید،

می‌تواند به به‌روزرسانی توصیه‌ها و افزایش قابلیت استفاده آن برای تصمیم‌گیران کمک کند.

نتیجه‌گیری

روان‌پزشکی از راه دور می‌تواند به‌عنوان رویکردی مکمل برای تقویت تداوم مراقبت، پیگیری پس از ترخیص و کاهش بخشی از موانع دسترسی در بیماران دارای اختلالات مزمن و شدید روان‌پزشکی مورد استفاده قرار گیرد. شواهد موجود نشان می‌دهد که این رویکرد از نظر ارزیابی علائم، رضایت بیماران، قابلیت پیگیری و برخی پیامدهای درمانی، در بسیاری از زمینه‌ها قابل دفاع است؛ با این حال، نباید جایگزین کامل مراقبت حضوری یا خدمات جامعه‌محور تلقی شود. کاهش بستری‌های مکرر در این بیماران نیازمند مداخله‌ای چندبعدی است که علاوه بر درمان دارویی، مراقبت پس از ترخیص، آموزش خانواده، خدمات جامعه‌محور، پوشش بیمه‌ای و توجه به عوامل اجتماعی و اقتصادی مؤثر بر عود بیماری را نیز دربرگیرد. اجرای موفق روان‌پزشکی از راه دور در ایران مستلزم تدوین راهنماهای بالینی، تعریف تعرفه و سازوکار بازپرداخت پایدار، آموزش بیماران و ارائه‌دهندگان، تقویت زیرساخت ارتباطی، حفظ محرمانگی داده‌ها، توجه به شکاف دیجیتال و ادغام این خدمت در شبکه رسمی سلامت روان است. بنابراین، پیشنهاد می‌شود توسعه روان‌پزشکی از راه دور به‌صورت مرحله‌ای، استاندارد و قابل پایش دنبال شود و شاخص‌هایی مانند بستری مجدد، مراجعه به اورژانس، پایبندی درمانی، رضایت بیمار و خانواده، هزینه‌اتربخشی و میزان بهره‌مندی گروه‌های کم‌برخوردار به‌طور منظم ارزیابی گردد.

در دسترس‌بودن داده‌ها و مواد

تمامی داده‌های تولیدشده در طی این مطالعه در همین مقاله منتشر شده گنجانده شده‌اند و پرونده‌های تکمیلی از نویسنده‌ی مسئول قابل دریافت هستند.

حمایت مالی

این پژوهش هیچ‌گونه حمایت مالی از سازمان‌ها یا نهادهای دولتی، خصوصی یا غیرانتفاعی دریافت نکرده است.

سپاس و قدردانی

نویسندگان بدین‌وسیله از معاونت پژوهش و فناوری دانشگاه علوم پزشکی ارومیه که این پروژه را مورد تأیید قرار داده است صمیمانه قدردانی می‌کنند.

تضاد منافع

هیچ‌گونه تعارض منافع توسط نویسندگان بیان نشده است.

References:

- World Health Organization. Mental disorders [Internet]. 8 June 2022 [cited 2025 Sep 15]. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
- Flaherty LR, Daniels K, Luther J, et al. Reduction of medical hospitalizations in veterans with schizophrenia using home telehealth. *Psychiatry Res* 2017; 255: 153–155. [10.1016/j.psychres.2017.05.024](https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.05.024)
- Zain A, Baughman D, Waheed A. Hospital readmission rates for patients receiving in-person vs. telemedicine discharge follow-up care. *J Am Board Fam Med* 2024; 37(2): 166–171. [10.3122/jabfm.2023.230213R1](https://doi.org/10.3122/jabfm.2023.230213R1)
- Havlik JL, Ghomi RH, An N, et al. Medicaid Costs and Outcomes for Patients Treated in an Outpatient Telepsychiatry Clinic. *JAMA Netw Open* 2025; 8(5): e258558. [10.1001/jamanetworkopen.2025.8558](https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2025.8558)
- Owusu E, Oluwasina F, Nkire N, et al. Readmission of patients to acute psychiatric hospitals: influential factors and interventions to reduce psychiatric readmission rates. *Healthcare* 2022; 10(9): 1808. [10.3390/healthcare10091808](https://doi.org/10.3390/healthcare10091808)
- Frank B. Approximation to general economic costs of mental illness. *European Journal of Economics* 2022; 2(1): 25–38. [10.33422/eje.v2i1.157](https://doi.org/10.33422/eje.v2i1.157)
- Koblauch H, Reinhardt SM, Lissau W, et al. The effect of telepsychiatric modalities on reduction of readmissions in psychiatric settings: a systematic review. *J Telemed Telecare* 2018; 24(1): 31–36. [10.1177/1357633X16670285](https://doi.org/10.1177/1357633X16670285)
- Lin B, Costakis A, John M, et al. Decreased inpatient psychiatric admissions with telepsychiatry use during the COVID-19 pandemic. *Front Psychiatry* 2023; 14: 1172019. [10.3389/fpsy.2023.1172019](https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1172019)
- Kane CK, Gillis K. The use of telemedicine by physicians: still the exception rather than the rule. *Health Aff (Millwood)* 2018; 37(12): 1923–1930. [10.1377/hlthaff.2018.05077](https://doi.org/10.1377/hlthaff.2018.05077)
- Shigekawa E, Fix M, Corbett G, et al. The current state of telehealth evidence: a rapid review. *Health Aff (Millwood)* 2018; 37(12): 1975–1982. [10.1377/hlthaff.2018.05132](https://doi.org/10.1377/hlthaff.2018.05132)
- Sharma G, Devan K. The effectiveness of telepsychiatry: thematic review. *BJPsych Bull* 2023; 47(2): 82–89. [10.1192/bjb.2021.115](https://doi.org/10.1192/bjb.2021.115)
- Mitchell SE, Reichert M, Howard JM, et al. Reducing readmission of hospitalized patients with depressive symptoms: a randomized trial. *Ann Fam Med* 2022; 20(3): 246–254. [10.1370/afm.2801](https://doi.org/10.1370/afm.2801)
- Sánchez Guarnido AJ, Urquiza BM, Sánchez MdMS, et al. Teletherapy and hospitalizations in patients with serious mental illness during the COVID 19 pandemic: a retrospective multicenter study. *PLoS One* 2022; 17(4): e0267209. [10.1371/journal.pone.0267209](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0267209)
- Torous J, Wykes T. Opportunities from the coronavirus disease 2019 pandemic for transforming psychiatric care with telehealth. *JAMA Psychiatry* 2020; 77(12): 1205–1206. [10.1001/jamapsychiatry.2020.1640](https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.1640)
- Hajebi A, Sharifi V, Ghadiri Vasfi M, et al. A multicenter randomized controlled trial of aftercare services for severe mental illness: study protocol. *BMC Psychiatry* 2013; 13: 178. [10.1186/1471-244X-13-178](https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-178)
- Taban M, Nooraee S, Tanha K, et al. Effectiveness and cost-effectiveness of community-based mental health services for individuals with severe mental illness in Iran: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry* 2024; 24(1): 256. [10.1186/s12888-024-05666-7](https://doi.org/10.1186/s12888-024-05666-7)
- Zandi S, Oghani-Esfahani F, Ahmadi F, et al. Mental Health and Mental Health Care in Iran: Addressing Social Inequalities. *Healthcare* 2025; 13(23): 3131. [10.3390/healthcare13233131](https://doi.org/10.3390/healthcare13233131)
- Pirooz B, Saeed BA, Shokri A, et al. Prevalence of Mental Disorders Suspicion among Adults with Disabilities and Socioeconomic Inequalities in West of Iran. *Med J Islam Repub Iran* 2025; 39: 25. [10.47176/mjiri.39.25](https://doi.org/10.47176/mjiri.39.25)
- Arayeshgari M, Roshanaei G, Ghaleiha A, et al. Investigating factors associated with the number of re-hospitalizations among patients with schizophrenia disorder using penalized count regression models. *BMC Med Res Methodol* 2022; 22(1): 170. [10.1186/s12874-022-01648-z](https://doi.org/10.1186/s12874-022-01648-z)
- Nooraee S, Bazargan-Hejazi S, Naserbakht M, et al. Impact of COVID-19 pandemic on relapse of individuals with severe mental illness and their caregiver's burden. *Front Public Health* 2023; 11: 1086905. [10.3389/fpubh.2023.1086905](https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1086905)
- Chan S, Parish M, Yellowlees P. Telepsychiatry today. *Curr Psychiatry Rep* 2015; 17(11): 89. [10.1007/s11920-015-0630-9](https://doi.org/10.1007/s11920-015-0630-9)
- Hubley S, Lynch SB, Schneck C, et al. Review of key telepsychiatry outcomes. *World J Psychiatry* 2016; 6(2): 269–282. [10.5498/wjp.v6.i2.269](https://doi.org/10.5498/wjp.v6.i2.269)
- Hagi K, Kurokawa S, Takamiya A, et al. Telepsychiatry versus face-to-face treatment: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Br J Psychiatry* 2023; 223(3): 407–414. [10.1192/bjp.2023.86](https://doi.org/10.1192/bjp.2023.86)
- Fujikawa M, Hagi K, Kinoshita S, et al. Diagnosis and symptom assessment in telepsychiatry vs. face-to-face settings: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Clin Neurosci* 2025; 79(9): 580–596. [10.1111/pcn.13860](https://doi.org/10.1111/pcn.13860)
- Nastaran A, Ramezani-Doroh V, Khoramrooz M, et al. Desirable insurance coverage for electronic mental health services: a qualitative study on perspectives and preferences of university students and mental health professionals. *BMC Health Serv Res* 2026; 26(1): 111. [10.1186/s12913-025-13909-w](https://doi.org/10.1186/s12913-025-13909-w)
- Cowan KE, McKean AJ, Gentry MT, et al. Barriers to use of telepsychiatry: clinicians as gatekeepers. *Mayo Clin Proc* 2019; 94(12): 2510–2523. [10.1016/j.mayocp.2019.04.018](https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2019.04.018)
- Mehrolohasani MH, Yazdi-Feyzabadi V, Dehnavieh R, et al. Barriers to telemedicine establishment in Iran: A

- systematic review. Iran J Public Health 2025; 54(4): 739-750. [10.18502/ijph.v54i4.18412](https://doi.org/10.18502/ijph.v54i4.18412)
28. Hosseini SM, Boushehri SA, Alimohammadzadeh K. Challenges and solutions for implementing telemedicine in Iran from health policymakers' perspective. BMC Health Serv Res 2024; 24(1): 50. [10.1186/s12913-023-10488-6](https://doi.org/10.1186/s12913-023-10488-6)
29. Williamson AK, Li EJ, Veinot TC. "Getting people access to services is also getting them access to a phone": Clarifying digital divide dynamics and their consequences in Community Mental Health Care. AMIA Annu Symp Proc 2025; 2024: 1245-1254. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40417534/>
30. Chakrabarti S. Digital psychiatry in low-and-middle-income countries: new developments and the way forward. World J Psychiatry 2024; 14(3): 350-361. [10.5498/wjp.v14.i3.350](https://doi.org/10.5498/wjp.v14.i3.350)

پیوست ۱: ارزیابی کیفی مطالعات واجد شرایط جهت تدوین مطالعه اجرای روان‌پزشکی از راه دور برای کاهش بستری‌های مکرر در بیماران دارای اختلالات مزمن روانی: یک خلاصه سیاستی

Table 1: Assessment of Methodological Quality of the Systematic Review According to AMSTAR 2 Criteria for Henrik Koblauch et al. (2016)(7)

Item NO	AMSTAR 2 Criterion	RESPONSE	Importance
1	Did the research questions and inclusion criteria for the review include the components of PICO?	Yes	Non-critical
2	Did the report of the review contain an explicit statement that the review methods were established prior to the conduct of the review and did the report justify any significant deviations from the protocol?	No	critical
3	Did the review authors explain their selection of the study designs for inclusion in the review?	No	Non-critical
4	Did the review authors use a comprehensive literature search strategy?	Partial Yes	critical
5	Did the review authors perform study selection in duplicate?	Yes	Non-critical
6	Did the review authors perform data extraction in duplicate?	Yes	critical
7	Did the review authors provide a list of excluded studies and justify the exclusions?	No	critical
8	Did the review authors describe the included studies in adequate detail?	yes	Non-critical
9	Did the review authors use a satisfactory technique for assessing the risk of bias (RoB) in individual studies that were included in the review?	No	critical
10	Did the review authors report on the sources of funding for the studies included in the review?	No	Non-critical.
11	If meta-analysis was performed did the review authors use appropriate methods for statistical combination of results?	N/A	critical
12	If meta-analysis was performed, did the review authors assess the potential impact of RoB in individual studies on the results of the meta-analysis or other evidence synthesis?	N/A	Non-critical
13	Did the review authors account for RoB in individual studies when interpreting/discussing the results of the review?	Yes	critical
14	Did the review authors provide a satisfactory explanation for, and discussion of, any heterogeneity observed in the results of the review?	yes	Non-critical
15	If they performed quantitative synthesis did the review authors carry out an adequate investigation of publication bias (small study bias) and discuss its likely impact on the results of the review?	N/A	critical
16	(Conflicts of interest/funding for the review)	yes	Non-critical

The systematic review by Koblauch et al. (2018) is rated as Low Quality due to the presence of multiple critical methodological flaws.

Table 2: JBI Critical Appraisal Checklist for Suzanne E. Mitchell et al. (2022) (12)

Item	Rating
Randomization used?	L
Allocation concealed?	L
Groups similar at baseline?	L
Participants blinded?	H
Providers blinded?	H
Outcome assessors blinded?	UN
Groups treated identically aside intervention?	L
Follow-up complete & differences addressed?	L
Analyzed by original groups?	L
Outcomes measured same way?	L
Outcomes measured reliably?	L
Appropriate statistical analysis?	L
Trial design appropriate & deviations handled?	L
	Moderate to high quality

Table 3: Quality assessment of the studies using the JBI Analytical Cross-sectional Checklist

Item No.	Brendon Lin et al.(2023) (8)	John L. Havlik et al. (2025) (4)	AJ Sa'ñchez-Guarnido et al. (2022) (13)
Were the criteria for inclusion in the sample clearly defined?	Yes	Yes	Yes
Were the study subjects and the setting described in detail?	Yes	Yes	Yes
Was the exposure measured in a valid and reliable way?	Yes	Yes	Yes
Were objective, standard criteria used for measurement of the condition?	Yes	Yes	Yes
Were confounding factors identified?	No	Partial	Yes
Were strategies to deal with confounding factors stated?	No	Partial	Partially
Were the outcomes measured in a valid and reliable way?	Yes	Yes	Yes
Was appropriate statistical analysis used?	Yes	Yes	Yes
	moderate to high quality	moderate to high quality	high quality