



گزارش توصیفی خدمات بهداشت روانی و ادغام بهداشت روان در مراقبتهای بهداشتی اولیه در منطقه ساوجبلاغ

دکتر محمد عبهری*

چکیده

چگونگی پیشرفت برنامه بهداشت روان در ساوجبلاغ در سالهای ۱۳۷۰ تا ۱۳۷۶ یعنی از زمان اجرای پیش پژوهش در سالهای ۱۳۷۱-۱۳۷۰ تا ادغام بهداشت روان در مراقبتهای بهداشتی اولیه در سالهای اخیر، با تأکید بر مشکلات مربوط به گسترش بهداشت روانی در جهان و ایران بررسی اسنادی و کتابخانه‌ای شده و داده‌های مربوط به بیماری‌های اختلالی روانی، میزان مراجعه به مراکز بهداشتی - درمانی و برخی یافته‌های آماری در جمعیت روستایی ساوجبلاغ ارائه گردیده است. این بررسی میزان همه‌گیری شناسی بیماری‌های روانی را در جمعیت یاد شده ۱۲ در هزار نشان می‌دهد که تنها ۲ در هزار از این عده به بیمارستان روانپزشکی فرستاده شده‌اند. این یافته‌ها نشان می‌دهند که ادغام بهداشت روانی در ساوجبلاغ موفق بوده و می‌تواند با تغییرات و اصلاحاتی به کار خود ادامه دهد.

کلید واژه: بهداشت روانی، مراقبتهای بهداشتی اولیه، بیماری‌یابی، ارجاع، ساوجبلاغ

به طور کلی سلامت روانی را داشتن احساس سرور، رضایت و رفتار بهنجار می‌دانند. رفتار بهنجار از دیدگاه‌های گوناگون تعریف‌های متفاوتی دارد و بسیاری کار هم‌مانند ذهن را که شخصیت انطباقی، پذیرش محدودیتها، واقعگرایی، توانایی یافتن معنای زندگی، لذت بردن از کار، ازدواج و روابط اجتماعی را به دنبال دارد، بخشی از رفتار بهنجار می‌دانند (ماهاجان^(۱)، گوپتا^(۲)).

(۱۹۹۵).

اکنون با گسترش شهرنشینی و پدیده ماشینی زدگی، انفجار جمعیت، بیکاری، فقر، افزایش بزهکاری و تأثیر آنها بر خانواده، افراد در زمینه سازگاری با مشکل روبرو گردیده‌اند (کاپلان و سادوک، ۱۹۹۴).

پس از جنگ جهانی دوم و بروز آسیبهای روانشناختی ناشی از آن، کارشناسان سازمان جهانی بهداشت بیشتر به

* روانپزشک و مسئول طرح آموزش روانپزشکی جامعه‌نگر، انستیتو روانپزشکی تهران. تهران، خیابان طالقانی بین بهار و شریعتی، کوچه جهان، پلاک ۱

اهمیت بهداشت روانی پی بردند و در اساسنامه ۱۹۴۸ این سازمان، سلامت یا آسایش روانی^(۱) بعنوان جزئی از تعریف بهداشت دانسته شده است (شاه محمدی، ۱۳۷۲). در سال ۱۹۶۱، کارشناسان سازمان جهانی بهداشت بر اهمیت آموزش اصول بهداشت روان به پزشکان عمومی، کارکنان بهداشت عمومی، متخصصان، پرستاران، ماماها، مددکاران اجتماعی و سایر دست اندرکاران بهداشتی تأکید نمودند (بوالهروی، محیط، ۱۳۷۳).

در کنفرانس بین منطقه‌ای ۱۹۶۷ متشکل از مدیران مراکز آموزش بهداشت همگانی، این نکته مورد توجه قرار گرفت که نمی‌توان دوره‌ای آموزشی را بدون گنجاندن بهداشت روان در نظر گرفت و هر قدر برنامه‌های بهداشت روان در بهداشت عمومی بیشتر ادغام شوند، اهمیت آن در دوره‌های آموزشی به عنوان بخشی جدایی ناپذیر از این آموزش‌های بیشتر می‌شود (همان منبع).

در گردهمایی سازمان جهانی بهداشت در اکتبر ۱۹۷۴ در ژنو درباره الگوی ارائه خدمات بهداشت روان در کشورهای رو به رشد گفتگو شد و از همین سال بود که راه‌حلهایی برای گسترش خدمات بهداشت روان توسط سازمان جهانی بهداشت، گنجاندن عوامل روانشناختی در برنامه‌های بهداشتی کشورها، راه‌حلهایی برای مبارزه با می‌بارگی، اعتیاد و پیشگیری از عقب ماندگی ذهنی و مانند آن ارائه گردید (همان جا).

سازمان جهانی بهداشت در سال ۱۹۷۵ جدا دانستن مشکلات بهداشت روان از مشکلات گسترده‌تر بهداشت عمومی و توسعه اقتصادی و اجتماعی را غیر ممکن دانسته و ضمن برآورد نزدیک به ۴۰ میلیون بیمار شدید روانی در این کشورها که هرگز تحت درمان قرار نگرفته‌اند، ارائه خدمات غیر متمرکز^(۲) بهداشت روان را توصیه نموده و برخی اولویتهای بهداشت روانی را به صورت زیر مطرح کرد: (۱) فوریت‌های روانپزشکی مانند خودکشی با شناسایی و درمان در سطح جامعه.

(۲) اختلالات پسیکوتیک شدید یا مزمن دیگر مانند

پسیکوزهای عاطفی، اسکیزوفرنیا، عقب ماندگی ذهنی و صرع با درمان و حمایت در سطح جامعه.

(۳) مشکلات گروه‌های در معرض خطر مانند آوارگان، سالمندان، دانشجویان و بیماران جسمی مزمن (همان جا). سازمان جهانی بهداشت پس از سی سال تجربه، در گردهمایی ۱۹۷۷ هدف اصلی اجتماعی دولت‌ها و سازمان یاد شده را در دهه‌های بعدی، دستیابی همه مردم به سطحی از بهداشت که امکان زندگی مولد از نظر اقتصادی و اجتماعی را برای آنان فراهم نماید دانسته، زمان رسیدن به این هدف را تا سال ۲۰۰۰ میلادی قرار داده و ۸ جزء اساسی مراقبتهای بهداشتی اولیه را به عنوان شرط دستیابی به این هدف معرفی نموده است.

در سپتامبر ۱۹۷۸ (۲۱-۱۵ شهریور ۱۳۵۷)، در کنفرانس آلماتا، ۱۳۴ کشور (از جمله ایران) بر شعار بهداشت برای همه تا سال ۲۰۰۰ و مراقبتهای بهداشتی اولیه بعنوان کلید رسیدن به این هدف تأکید نمودند. در همین سال قطعنامه همکاری فنی در برنامه‌های بهداشتی خواستار اقدام فوری کشورها و ارائه خدمات بهداشت روان در سطح گسترده‌تر گردیده و اهداف زیر را در برنامه یاد شده در نظر گرفت:

(۱) کاهش مشکلات روانی - عصب شناختی، می‌بارگی و اعتیاد.

(۲) افزایش اثر بخشی خدمات عمومی با بهره‌گیری از مهارت‌های بهداشت روان.

(۳) توسعه تدابیر درمانی و افزایش آگاهی مردم نسبت به بهداشت روان (شاه محمدی، ۱۳۷۲؛ بوالهروی، محیط، ۱۳۷۳).

با توجه به اقدامات یاد شده زمینه بسیار مناسبی برای ارائه خدمات بهداشت روانی فراهم شد که به نوبه خود منجر به تحولاتی در بسیاری از کشورهای جهان گردید. سازمان جهانی بهداشت در سال ۱۹۸۶ گزارش نمود

که با روشهای ساده می‌توان بروز اختلالات روانی - عصبی را به نصف کاهش داد. برای نمونه صرع در کشورهای پیشرفته ۱۵-۱۰ بار کمتر از کشورهای رو به رشد می‌باشد و دست کم $\frac{3}{4}$ این موارد قابل پیشگیری است. همچنین کمبود ید در جهان ۴۰۰ میلیون نفر را گرفتار بیماری می‌کند در حالیکه به آسانی می‌توان از آن پیشگیری کرد و به این ترتیب می‌توان شیوع بسیاری از بیماریهای روانی - عصبی را کاهش داد (شاه محمدی، ۱۳۷۲).

ادغام خدمات بهداشت روان در مراقبتهای بهداشتی اولیه

همان‌گونه که پیشتر بیان شد سازمان جهانی بهداشت مشکلات بهداشت روان را از بهداشت عمومی جدا نشدنی می‌داند. در شانزدهمین گزارش کمیته بهداشت روانی این سازمان آمده است که تنها بخش بسیار کوچکی از بیماران مبتلا به بیماریهای شدید روانی توانسته‌اند از خدمات مربوط به بهداشت روانی برخوردار شوند و از این رو این سازمان راههای سازماندهی خدمات بهداشت روان در کشورهای رو به رشد را مورد بحث قرار داده است (بوالهروی، محیط، ۱۳۷۳).

از سال ۱۹۷۶ شورای پژوهشهای پزشکی هند اجرای پژوهشی را آغاز کرد که در آن با آموزش کوتاه مدت اصول اساسی بهداشت روان به کارکنان مراقبتهای بهداشتی اولیه می‌توانستند ۲۰٪ بیماران روانی حوزه فعالیت خود را شناسایی و برای درمان معرفی نمایند (همان جا). این پژوهش و دیگر بررسیهای مانند آن نشان دادند که به ویژه در کشورهای رو به رشد با توجه به کمبود نیروی انسانی متخصص، ادغام بهداشت روان در مراقبتهای بهداشتی اولیه، روی آوردن از نظام عمودی^(۱) ارائه خدمات به نظام افقی^(۲) و تمرکز زدایی می‌تواند در بهبود شرایط بهداشت روانی مؤثر باشند.

بر اساس گزارش سازمان جهانی بهداشت (۱۹۹۰)،

بیماریهای شدید روانی ۵-۱٪ مشکلات بهداشت روانی را در سطح مراقبتهای بهداشتی اولیه تشکیل می‌دهند. از سوی دیگر برای دسترسی همگان به خدمات بهداشت روان، ادغام آن در مراقبتهای بهداشتی اولیه در بسیاری از کشورهای جمله هند، فیلیپین و چین آغاز گردید. خدمات ارائه شده بر درمان پسیکوزهای حاد، اختلالات مزمن و دوره‌ای، اختلالات هیجانی، بازتوانی صرع، پسیکوز و پیشگیری از می‌بارگی، اعتیاد، بزهکاری و مشکلات سازگاری تأکید داشته است (ماهاجان و گوپتا، ۱۹۹۵).

بنظر می‌رسد که نخستین کار عملی در زمینه ادغام بهداشت روان در خدمات بهداشتی اولیه در کشور ما یک بررسی کتابخانه‌ای (بوالهروی، ۱۳۶۴) بوده است، که در نتیجه آن تدوین مبانی نظری و عملی ارائه خدمات بهداشت روانی در مراقبتهای بهداشتی اولیه جامه عمل پوشید و شالوده تنظیم برنامه کشوری بهداشت روان در سال ۱۳۶۵ گردید. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در ۱۳۶۶ نخستین کارگاه آموزشی بهداشت روان برای شکل‌گیری برنامه کشوری بهداشت روان با هدف آموزش ۳۰ مربی بهداشت روان دانشگاهها تشکیل شد (بوالهروی، محیط، ۱۳۷۳) و کتاب آموزش بهداشت روانی برای کارکنان از دستاوردهای این کارگاه بود (بوالهروی، ۱۳۷۰). دومین کارگاه بهداشت روان در مراقبتهای بهداشتی اولیه در سال ۱۳۶۷ در کرج تشکیل شد و به دنبال آن ۶ کارگاه آموزشی در مناطق دیگر کشور برگزار گردید. بسررسمیهای شهرضا از ۱۳۶۷ و شهرکرد (۱۳۶۹-۱۳۶۷) اثر بخشی ادغام بهداشت روان در مراقبتهای بهداشتی اولیه را نشان داد. در ۱۳۶۹ از سوی معاونت بهداشتی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، بهداشت روان به عنوان جزء نهم مراقبتهای بهداشتی اولیه پذیرفته شد (بوالهروی، محیط، ۱۳۷۳).

پژوهش شهرضا، با هدف شناسایی میزان کارآیی

ادغام خدمات بهداشت روانی در مراقبتهای بهداشتی اولیه در روستاهای اطراف شهرضا آغاز گردید. در این پژوهش پس از آموزش نیروهای بهداشتی در جمعیت ۳۲۹۳۷ نفری زیر پوشش، میزان بیماریابی آنان به ۲/۵ برابر افزایش یافت که نشانگر کارایی ادغام بود (حسن زاده، ۱۳۷۱).

همچنین در پژوهش شهرکرد نشان داده شد که پس از یکسال آموزش بهورزان نزدیک به ۶۳٪ بیماران موجود در جمعیت ۲۸۹۰۳ نفری روستایی منطقه خود را شناسایی کرده‌اند و میزان ارجاع به سطح سوم خدمات در سه ماه آخر اجرای طرح پژوهش نسبت به اوایل آن به میزان یک چهارم کاهش یافت. در این پژوهش، پس از آموزش یک هفته‌ای بهورزان و پزشکان عمومی در کلاس یا کارگاه اولیه، ماهانه یک تا دوبار آموزش بهداشت روانی برای بهورزان و پزشکان عمومی به شکل نشست‌های گروهی به مدت یکسال ادامه داشته است (شاه محمدی، ۱۳۷۲).

در ۱۳۶۹ سومین نمونه ادغام در کشور در هشتگرد به اجرا درآمد و عملیات اجرایی آن از فروردین ۱۳۷۰ تا پایان بهمن ۱۳۷۱ به درازا کشید. یافته‌های این بررسی نشان داد که از انتقال بیش از ۲۷۱ بیمار روانپزشکی که ۱۵۴ مورد که ارجاعی از سوی بهورزان و مراکز بهداشتی-درمانی روستایی و بقیه مربوط به شهر هشتگرد و حومه بودند به مرکز استان جلوگیری بعمل آمده است (بوالهروی و محیط، ۱۳۷۳ و ۱۳۷۴).

به دنبال این سه پژوهش، ادغام خدمات بهداشت روانی در مراقبتهای بهداشتی اولیه به صورت رسمی در کشور آغاز و در سایر استانها به مورد اجرا گذاشته شد (بوالهروی، بیبا، باقری یزدی، ۱۳۷۶).

شیوع اختلالات روانی و ابعاد مسئله

۷۵٪ انسانهای روی زمین و ۸۰٪ بیماران روانی در کشورهای جهان سوم زندگی می‌کنند که ۱/۳ آنها کودکان زیر پانزده سال می‌باشند (ماهاجان و گوپتا، ۱۹۹۵). برآورد

شده است که ۴۵-۴۰ میلیون بیمار شدید روانی، ۲۰ میلیون بیمار مبتلا به صرع و ۲۰۰ میلیون بیمار مبتلا به دیگر اختلالات روانی یا عصبی خفیف در جهان وجود داشته باشند (ماهاجان و گوپتا، ۱۹۹۵؛ سارتوریوس^(۱)، ۱۹۹۳).

برخی بررسیها نشان داده‌اند که شیوع بیماریهای روانی در کشورهای رو به رشد همانند کشورهای پیشرفته بوده و در هر زمان دست کم ۱٪ از جمعیت دچار بیماریهای روانی شدید بوده و نزدیک به ۱۰٪ جمعیت کشورهای رو به رشد از ناراحتی‌های روانی عاطفی، شخصیتی و اختلالات روانی خفیف رنج می‌برند. همچنین ۱۰٪ جمعیت در طول عمر دچار بیماریهای روانی شدید می‌شوند. از آنجا که ۸۵-۸۰ درصد جمعیت کشورهای رو به رشد در مناطق روستایی زندگی می‌کنند و خدمات بهداشتی اساسی برای نزدیک به ۱۵٪-۱۰٪ مردم در این کشورها هرگز قابل دستیابی نبوده است، مشکل افزونتر خواهد شد (بوالهروی و محیط، ۱۳۷۳؛ سارتوریوس، ۱۹۹۳). بررسیهای انجام شده در زمینه همه‌گیری شناسی بیماریهای روانی به دلیل بهره‌گیری از روشها، ملاکها و ابزار متفاوت و همچنین به دلیل اجرای بررسی در جمعیت‌های گوناگون نتایج متفاوتی را ارائه نموده‌اند. برای نمونه بررسیهای انجام شده در هند نشان داده است که هر زمان ۲-۳ درصد جمعیت از بیماریهای روانی - عصبی ناتوان کننده رنج می‌برده‌اند (مؤسسه ملی بهداشت روانی و علوم عصبی بنگلور، ۱۹۹۰). در بررسی بعمل آمده در ۵ منطقه در آمریکا شیوع کلیه اختلالات روانی در طول عمر ۲/۳۲٪ گزارش گردیده است (کاپلان و سادوک، ۱۹۹۴). بررسی دیگری نشان داده است که ۲۵٪ مردم در طول زندگی از استرس یا بیماری روانی رنج می‌برند و در هر زمان ۱۰٪ مردم نیازمند درمانهای روانی هستند (ماهاجان و گوپتا، ۱۹۹۵). کارشناسان سازمان جهانی بهداشت

فراوانی اختلالهای روان نژندی و شخصیتی را ۵٪ تا ۱۵٪ درصد گزارش کرده‌اند (سارتوریوس، ۱۹۹۳). برخی بررسیهای انجام شده در هند شیوع بیماریهای روانی را در مناطق روستایی ۱/۸٪ و در مناطق شهری ۲/۵٪ گزارش نموده‌اند (ماهاجان و گوپتا، ۱۹۹۵). در مورد شیوع بیماری اسکیزوفرنیا و پسیکوزهای عضوی اختلاف نظر کمتری وجود داشته است و شیوع آنها را در طول عمر نزدیک به ۱/۳-۵٪ درصد و بروز سالانه آن را ۰/۰۰۰۱ دانسته‌اند (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۱۹۹۴).

سازمان جهانی بهداشت، بروز سالیانه اسکیزوفرنیا در جمعیت ۱۵ تا ۵۴ ساله را ۰/۱ در هزار و شیوع آنرا ۲-۴ در هزار می‌داند (سارتوریوس، ۱۹۹۳).

گزارش سازمان جهانی بهداشت نشان می‌دهد که ۹۰-۱۳۰ میلیون نفر از مردم جهان دچار عقب ماندگی ذهنی هستند و شیوع موارد با بهره هوشی زیر ۵۰ در جمعیت عمومی کمتر از ۱۸ ساله را ۳ تا ۴ در هزار برآورد می‌کنند (سارتوریوس، ۱۹۹۳). در بررسی انجام شده در یک بخش بستری روانپزشکی بیمارستان عمومی در هند ۳/۸٪ پذیرشها مربوط به عقب ماندگی ذهنی بوده است. اسکیزوفرنیا ۵۸/۳٪، اختلالهای عاطفی ۹/۸٪، دیگر پسیکوزها ۲/۳٪، نوروها ۱۲/۲٪ در مراحل بعدی قرار داشته‌اند (ماهاجان، گوپتا، ۱۹۹۵).

برآورد سازمان جهانی بهداشت نشان می‌دهد که ۵۰٪ تمام مشکلات روانی، عصب شناختی و روانی - اجتماعی قابل پیشگیری هستند (کوپا^(۱)، هلگاسون^(۲)) و سارتوریوس، ۱۹۸۹). تفاوت شیوع صرع در جهان صنعتی با رقم ۳-۵ در هزار و در کشورهای در حال توسعه با رقم ۲۰-۱۵ یا حتی ۵۰ در هزار می‌تواند مؤید این مطلب باشد (سارتوریوس، ۱۹۹۳).

میزان بیماریابی نظام بهداشت روانی کشورهای رو به رشد در بررسیهای گوناگون متفاوت بوده است. مثلاً در پژوهش نپال، میزان بیماریابی موارد شدید ۱/۱۸، صرع ۱/۸۴ و عقب ماندگی ذهنی ۰/۴۷ در هزار بوده است. در

شاید مهمترین دستاورد این نظام، کاهش قابل توجه بار خدمات تخصصی بیمارستانی باشد بطوریکه تنها ۲/۰٪ ارجاعها به بیمارستان روانپزشکی بوده است. اهمیت این آمار هنگامی روشن می‌شود که بدانیم در طول مدت اجرای طرح ادغام، نزدیک به ۱۶ هزار ویزیت از بیماران روانی به عمل آمده، در حالیکه تنها ۳۳ مورد آن نیازمند بستری شناخته شده است.

پژوهش هشترگرد (بوالهیری، محیط، ۱۳۷۴) میزان بیماریابی ۴/۴۵ در هزار و در نمونه شهرکرد ۸/۵۸ در هزار (بدون در نظر گرفتن موارد خفیف) بوده است (شاه محمادی، ۱۳۷۲). در بررسی ارزشیابی کشوری سال ۱۳۷۴، میزان بیماریابی ۱۲/۵۹ در هزار می‌باشد (بوالهیری، بینا، احسان منش و کریمی کیسمی، ۱۳۷۶). حتی در بررسیهای مقدماتی هند نیز میزان بیماریابی در نظام مراقبتهای بهداشتی ۱/۵۸ در هزار گزارش شده است (بوالهیری، محیط، ۱۳۷۳) که با برآوردهای اخیر همین کشور (۱۰۲-۱۸ در هزار شیوع بیماری روانی در مناطق روستایی) فاصله بسیار داشته است (ماهاجان و گوپتا، ۱۹۹۵).

یافته‌های چند بررسی انجام شده در زمینه میزان بیماریابی در طرح ادغام بهداشت روانی در نظام مراقبتهای بهداشتی در کشور ما نیز به شرح زیر بوده است: - در پژوهش شهرضا (حسن زاده، ۱۳۷۱) در هر هزار نفر جمعیت ۱/۷ بیماری شدید روانی، ۲/۹ بیماری خفیف روانی، ۱/۰۳ صرع و ۳/۴ مورد عقب ماندگی ذهنی گزارش گردید.

- در پژوهش شهرکرد، در هر هزار نفر جمعیت، ۱/۹۳ مورد پسیکوز (شامل اسکیزوفرنیا، مانیا و افسردگی شدید)، ۲/۹۴ صرع و ۳/۷ عقب ماندگی ذهنی گزارش شده بود (شاه محمدی، ۱۳۷۲).

- در پژوهش هشتگرد در هر هزار نفر جمعیت ۰/۵۸ مورد بیماری روانی شدید، ۱/۳۸ بیماری روانی خفیف، ۰/۵۸ صرع، ۱/۱۶ عقب مانده ذهنی و ۰/۷۵ مورد سایر اختلالات گزارش شده است. از ۲۷۱ بیمار شناسایی شده ۳۵ مورد مبتلا به بیماریهای شدید روانی، ۸۵ مورد مبتلا به بیماریهای خفیف روانی، ۳۶ نفر صرع، ۷۰ نفر عقب مانده ذهنی و ۴۵ مورد سایر اختلالات گزارش شدند (بوالهروی و محیط ۱۳۷۳).

در ارزشیابی بهداشت روانی (۱۳۷۴) در هر هزار نفر جمعیت ۱/۱۵ بیماری شدید روانی، ۵/۳۵ بیماری خفیف روانی، ۲/۲۵ صرع، ۲/۶۰ عقب ماندگی ذهنی و ۱/۲۵ مورد سایر اختلالات گزارش گردیده است (بوالهروی، بیبا، احسان منش و کریمی کیسی، ۱۳۷۶).

آشنایی با شهرستان ساوجبلاغ

منطقه ساوجبلاغ نزدیک به ۳۰۰۰ کیلومتر مربع وسعت داشته، در یکصد کیلومتری شمال غرب تهران، در جنوب رشته کوههای البرز مرکزی قرار دارد. این منطقه از شرق و جنوب به کرج، از شمال به نوشهر و رودبار الموت و از غرب به قزوین منتهی می شود.

منطقه ساوجبلاغ در سال ۱۳۶۸ از کرج جدا شده و شامل دو قسمت هشتگرد و طالقان می باشد.

از نظر تقسیمات کشوری بیش از ده دهستان از جمله تنکمان، نجم آباد، احمد آباد، سعید آباد، چنار، برغان و جوستان دارد. ناحیه طالقان دارای محیطی کوهستانی و نسبتاً سرد بوده و مشاغلی چون دامداری، کشاورزی و باغداری در آن رایج است. منطقه هشتگرد که دارای ویژگی های جلگه ای بوده و مردم با پرورش دام و پرندگان، باغداری و کشاورزی زندگی می کنند، شمار زیادی مهاجر

را در خود پذیرفته، زبان رایج آن بیشتر آذری است و بیشتر مردم شیعه هستند. (واحد بهداشت روان حوزه معاونت امور بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی ایران، ۱۳۷۵). در این منطقه رشد جمعیت به دلیل مهاجرت نسبتاً بالا بوده است. برخی از علل اصلی مهاجرت در این منطقه را می توان رونق کشاورزی و زمین مرغوب، کارخانه های زیاد، نزدیکی به تهران، آب و هوای مساعد و گرانی مسکن در تهران و کرج دانست.

در بررسی سالهای ۷۱-۱۳۷۰ جمعیت شهری طالقان ۶۴۰۵ و هشتگرد ۱۷۰۰۰ نفر و جمعیت روستایی طالقان ۹۶۷۵ و هشتگرد ۳۸۴۰۰ نفر گزارش گردیده است (بوالهروی، محیط، ۱۳۷۳ و ۱۳۷۴). در آخرین آمار به دست آمده در جریان اجرای طرح ریشه کنی فلج اطفال، منطقه ساوجبلاغ در مجموع دارای ۲۶۶۸۸۷ نفر جمعیت شامل ۱۵۹۶۰۰ نفر شهری، ۹۳۲۸۷ نفر روستایی و ۱۴۰۰۰ نفر جمعیت سیار می باشند (گزارش و اسناد آماری معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران).

خدمات آموزشی بهداشت روان در منطقه

در سالهای ۷۱-۱۳۷۰ آموزش بهداشت روان برای بهورزان در کلاسهای یک هفته ای آشنایی با چند بیماری روانی انجام شد. در این زمان طالقان با ۳ مرکز روستایی و ۱۸ خانه بهداشت، ۴ پزشک و ۲۶ بهورز در گروه گواه و هشتگرد با ۷ مرکز، ۲۴ خانه بهداشت، ۴ پزشک، یک کاردان و ۵۷ بهورز، در گروه آزمایشی قرار گرفتند (بوالهروی، محیط، ۱۳۷۳). از آنجا که بررسی یاد شده با موفقیت همراه بود از اسفند ۱۳۷۳ آموزش بهورزان و برخی دیگر از کارکنان نظام مراقبتهای بهداشتی اولیه آغاز گردید. آموزشهای بهداشت روان در سطوح مختلف بعمل آمد. در این زمان ۲۵ پزشک عمومی آموزش کوتاه مدت و یک پزشک عمومی آموزش میان مدت دریافت کرده و ۱۳۵ بهورز و ۳۹ کاردان و کارشناس، در زمینه بهداشت

روانی آموزش دیدند (واحد بهداشت روان حوزه معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، ۱۳۷۵). در سالهای بعد دوره‌های آموزشی دیگری به شرح زیر برگزار گردید:

۱) در سطح بهورزان: دو دوره کوتاه ۴ روزه در شهریور و آذر ۱۳۷۴ برای آموزش ۹۵ بهورز و بازآموزی ۵۱ بهورز
۲) در سطح کاردانها و کارشناسان: دوره یک هفته‌ای فراگیری آزمونهای روانشناختی در انستیتو روانپزشکی تهران، جلسه توجیهی آشنایی با نظام مراقبتهای بهداشتی برای کارشناسان بهداشت روانی، آموزش ۱۲ کاردان و کارشناس ستادی در تیر ماه ۱۳۷۵، آموزش بهداشت روان برای ۲۵ نفر از کارشناسان ستادی در ۱۳۷۵ توسط واحد بهداشت روان و یک جلسه آموزشی یک روزه جهت مربیان آموزشگاه بهورزی در ساوجبلاغ.

۳) در سطح پزشکان عمومی: از نیمه دوم سال ۱۳۷۴ بیش از ۳۵ پزشک عمومی در دوره‌های آموزشی بهداشت روان شرکت نمودند که از جمله آن آموزشها دو دوره ۲ روزه فوریتهای روانپزشکی در بهمن ۱۳۷۴ بصورت کارگاه توسط نگارنده با شرکت ۱۲ پزشک، آموزش ۴ روزه پزشکان عمومی در اردیبهشت ۱۳۷۵ و ۱۴ پزشک عمومی در شهریور ۱۳۷۵، آموزش دو روزه پزشکان طالقان (همراه با ایفای نقش) در مهر ۱۳۷۵ و دو دوره ۲ روزه کارگاه آموزشی در هشگرد و انستیتو روانپزشکی تهران در آبان ۱۳۷۵. آموزش موردی پزشکان عمومی در پایتخت و در داخل روستاها که بیش از ۶۰ مورد آن توسط نگارنده انجام گردید یکی از عملی‌ترین و موفق‌ترین آموزشها بوده که بیشتر در زمینه شیوه برخورد با بیمار و تشخیص و درمان اختلالهای روانی بوده است.

۴) آموزش دستیاران روانپزشکی: طی زمان اجرای طرح ۱۸ دستیار و ۹ استاد از گروه روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران جهت آموزش به ناحیه اعزام گردیده‌اند. پایش‌های گروهی با روانپزشک، بیش از ۷۰ مورد بوده و تقریباً همین میزان نیز

آشنایی با درمانگاه تخصصی هشگرد به عمل آمده است. هر چند دستیاران روانپزشکی مستقیماً در اجرای طرح بهداشت روان درگیر نبوده‌اند ولی در زمان طرح یکماهه دستیاری از وجود آنان برای آموزش سطوح مختلف بهره گرفته می‌شد.

از ماههای آغازین سال ۱۳۷۵ آموزشهای نظری دستیاران اعزامی به منطقه اجرای طرح در زمینه اصول بهداشت روان بنا نهاده شده و منابع آموزشی در اختیار آنها گذاشته شدند. موضوع درسهای نظری دستیاران عبارت بودند از کلیات بهداشت روانی (تاریخچه، اصول و اجزاء مراقبتهای بهداشتی اولیه، پایه‌های ادغام، سطوح خدمات، آشنایی با برنامه کشوری و...)، بهداشت روانی در مدارس و کارخانه‌ها، برنامه ریزی نظام بهداشتی، بهداشت روانی شهر و روستا، توانبخشی روانی در جامعه، دیدگاههای روانپزشکی جامعه نگر، درمانهای روانی - اجتماعی اسکیزوفرنیا، بستری نمودن و آموزش حل مسئله. ضمناً جلسه‌های توجیهی برای آشنایی با روانپزشکی جامعه نگر در انستیتو روانپزشکی تهران برگزار می‌گردید.

۵) افزون بر آموزشهای یاد شده، آموزشهای عمومی بهداشت روان به مردم در سمینارهای بهداشت روانی در سالهای ۷۵-۱۳۷۴، تهیه پوستر آموزشی و بیش از ۲۰ جلسه آموزش در نشست‌های اولیاء و مربیان با هماهنگی آموزش و پرورش و واحد بهداشت روان اجرا گردیده است.

مروری بر تحولات بهداشت روانی در منطقه و یافته‌های آماری

از اسفند ۱۳۷۳ عملیات ادغام بیماریابی، شناسایی موارد جدید و پیگیری موارد پیشین بطور رسمی آغاز شد، بطوریکه تا شهریور ۱۳۷۴ نزدیک به ۷۵۰ مورد بیمار گزارش گردید که از این تعداد نزدیک به ۲۱۰ مورد آن شهری و بقیه از مناطق روستایی ارجاع شده بودند (گزارشها و اسناد آماری معاونت بهداشتی دانشگاه علوم

پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران).

در اواخر تابستان ۱۳۷۴ یک ساختمان مستقل جهت سطح سوم واحد بهداشت روان در مرکز بهداشتی درمانی شهری کلیم ا... معننار تأسیس شد و بعداً پرونده‌های موجود از مرکز بهداشتی درمانی شهری شهید نژاد فلاح که تا این زمان، سطح سوم تلقی می‌شد به درمانگاه تخصصی منتقل شدند. در پایان شهریور ۱۳۷۴، نزدیک به ۲۵ پرونده در مرکز تخصصی کلیم ا... معننار تشکیل شده بود (همان جا).

در سه ماهه پایان سال ۱۳۷۴ اجرای طرح با مشکلاتی از جمله موارد زیر روبرو بوده است: شرکت نکردن بسیاری از استادان در طرح، توجه ناکافی کارشناسان منطقه در مورد اهداف و روشهای طرح و اطلاعات و تجربه ناکافی آنان، نامنظم بودن پایشها بعلمت وضع نامناسب هماهنگی با واحد نقلیه، تخلف از سیستم ارجاع، تغییر سریع پزشکان عمومی که مانع آشنایی کافی آنان با طرح بوده و آموزش ناقص بهداشت روانی آنان، عدم هماهنگی برای شرکت کارکنان و پزشکان عمومی در دوره‌های آموزشی، کمبود دارو، عدم هماهنگی سطح سوم و مرکز روانپزشکی بستری شهید نواب صفوی، مشکلات انتقال بیمار، نبود شرح وظایف مشخص و عدم کارآیی فرد هماهنگ کننده طرح، نبودن امکانات کافی کمک تشخیصی و بستری سازی فوری و مشکلات پرداخت دستمزد (اضافه کاری و حق مأموریت) کارکنان و حقوق یکماهه دستیاران. با گنجانیدن دوره آشنایی با نظام ارجاع جهت پزشکان عمومی، هماهنگی جهت غنی تر شدن داروخانه‌های مراکز بهداشتی - درمانی، هماهنگ تر شدن سطح سوم با بیمارستان روانپزشکی شهید نواب صفوی و آوردن وسایل کمک تشخیصی و تهیه تخت بستری کوتاه مدت برای موارد فوری سطح سوم، تهیه شرح وظایف، فراهم نمودن وسایل رفت و آمد، پایشها و اقدامات آموزشی دیگری که شرح داده شد، شرایط برای رشد سریعتر برنامه آماده گردید.

در رابطه با هماهنگی‌های بین بخشی، نخستین کمیته بهداشت روانی شهرستان با حضور مسئولین کمیته امداد امام خمینی، بهزیستی، آموزش و پرورش، بنیاد مستضعفان و جانبازان، ریاست مرکز بهداشت شهرستان و کارشناس معاونت بهداشتی در ۱۳۷۴ تشکیل و نشست‌های دوم و سوم در اردیبهشت و بهمن ۱۳۷۵ برای هماهنگی بیشتر برنامه ریزی شد. گفتنی است در طول اجرای طرح، برای هماهنگی بیشتر سطح سوم خدمات با مرکز روانپزشکی شهید نواب صفوی هر هفته یک مددکار اجتماعی از بیمارستان یاد شده به مرکز تخصصی سطح سوم اعزام می‌گردید (گزارشها و اسناد آماری معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران). تا پایان سال ۱۳۷۴ از جمعیت ۸۵۱۳۸ نفری تحت پوشش (۴۳۷۰۶ مرد و ۴۱۴۳۲ زن) ۷۶۰ مورد بیمار شناسایی شده و میزان بیماریابی که در پژوهش سالهای ۷۲-۱۳۷۰ در جمعیت ۳۴۵۹۰ نفره تحت پوشش ۴ در هزار بود به ۸/۹ در هزار افزایش یافت (بوالهروی و محیط، ۱۳۷۴). این رقم در پایان سال ۱۳۷۵ به ۹۹۱ نفر بیمار و ۱۱/۲ در هزار نفر جمعیت و تا تیرماه ۱۳۷۶ به ۱۰۹۶ بیمار روستایی و ۱۱/۹ در هزار رسید (گزارشها و اسناد معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران). از ۷۶۰ مورد شناسایی شده در روستا (۸/۹ در هزار) تا پایان ۱۳۷۴، ۷۱ مورد (۸۳/۰ در هزار) پسیکوز، ۲۸۰ مورد (۳/۳ در هزار) بیماری روانی خفیف، ۹۶ مورد صرع (۱/۱ در هزار)، ۱۸۷ مورد عقب‌مانده ذهنی (۲/۲ در هزار) و ۱۲۶ مورد سایر موارد (۱/۴۷ در هزار) بوده‌اند. از کل بیماران شناسایی شده ۹/۳٪ بیماریهای شدید روانی، ۳۶/۸٪ بیماریهای خفیف روانی، ۱۲/۶٪ صرع، ۲۴/۶٪ عقب ماندگی ذهنی و ۱۶/۶٪ سایر اختلالات بوده‌اند (واحد بهداشت روان حوزه معاونت امور بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، ۱۳۷۵).

بیشترین فراوانی (تقریباً نیمی از موارد سنی این

بیماران) ۵۴-۲۵ سال بوده است. توزیع فراوانی بیماران شناسایی شده بر حسب جنس و نوع بیماری در جدول ۱ ارائه گردیده است.

این بیماران تا پایان سال ۱۳۷۴، ۸۲۴۸ بار ویزیت

جدول ۱- توزیع فراوانی مطلق و نسبی بیماریهای گوناگون بر حسب جنسیت تا پایان ۱۳۷۴

نوع بیماری	مرد		زن	
	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی
پسیکوز	۶۳/۲	۲۶	۳۶/۶	۲۶
نوروز	۳۲/۵	۱۸۹	۶۷/۵	۱۸۹
صرع	۵۸/۲	۲۰	۲۱	۲۰
عقب ماندگی ذهنی	۶۱	۷۲	۳۸/۵	۷۲
سایر	۵۴/۸	۵۷	۲۵/۲	۵۷
جمع	۲۹	۳۸۲	۵۰/۵	۳۸۲

مورد سایر بیماریها (۰/۴/۸) وجود داشته است. میزان ارجاعها به مرکز روانپزشکی شهید نواب صفوی برای بستری، تنها ۷ مورد بیمار شدید روانی گزارش گردیده است (همان جا).

آمار بدست آمده تا پایان مرداد ۱۳۷۶ نشان می دهد که از ۱۱۰۶ بیمار شناسایی شده در مناطق روستایی ۱۳۸ نفر پسیکوز، ۴۱۰ نفر خفیف روانی، ۱۵۵ نفر صرع، ۲۲۳ نفر عقب مانده ذهنی و ۱۸۰ نفر سایر اختلالها را داشته اند که با توجه به جمعیت منطقه، بیماریابی به ۱۲ در هزار (شامل ۱ شدید روانی، ۴ خفیف روانی، ۱/۷ صرع، ۲/۴ عقب مانده ذهنی و ۲ سایر موارد) رسیده است (گزارشها و اسناد آماری معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران). مقایسه بیماریابی در مقاطع مختلف زمانی در منطقه مورد بررسی در جدول ۲ ارائه گردیده است.

جدول ۲- مقایسه بیماران شناسایی شده بر حسب نوع اختلال در مقاطع مختلف زمانی (در هزار نفر جمعیت زیر پوشش)

نوع بیماری	پژوهش	تا پایان	تا پایان مردادماه
	۱۳۷۰-۷۲	۱۳۷۲	۱۳۷۶
شدید روانی	۰/۶	۰/۸	۱
خفیف روانی	۱/۲	۳/۳	۲
صرع	۰/۶	۱/۱	۱/۷
عقب ماندگی ذهنی	۱/۲	۲/۲	۲/۲
سایر موارد	۰/۷	۱	۲
جمع	۲/۳	۸/۹	۱۲

شده اند (۹۷۷ بار ویزیت پسیکوزها، ۳۸۵۹ بار نوروزها، ۱۴۷۴ بار صرع، ۱۲ بار عقب ماندگی ذهنی، و ۱۹۲۶ بار سایر موارد). از کل موارد یاد شده ۳۷۳۷ ویزیت مربوط به مردان و ۴۵۱۱ مورد مربوط به زنان بوده است که به تفکیک نوع بیماری عبارتند از:

موارد شدید ۶۳۰ ویزیت مردان و ۳۴۷ ویزیت زنان
موارد خفیف ۱۲۹۸ ویزیت مردان و ۲۵۶۱ ویزیت زنان
موارد صرع ۷۴۵ ویزیت مردان و ۷۲۹ ویزیت زنان
موارد عقب مانده ذهنی ۱۲ مورد ویزیت مردان

همراه با تجویز دارو

سایر موارد ۱۰۵۲ ویزیت مردان و ۸۷۴ ویزیت زنان (همان جا).

تا پایان سال ۱۳۷۴، ۱۹۹ مورد ارجاع از مراکز بهداشتی درمانی به سطح سوم شامل ۴۱ مورد شدید (۲۰/۶٪ موارد)، ۸۴ مورد خفیف (۴۲/۲٪)، ۱۹ مورد صرع (۹/۵٪)، ۳۹ مورد عقب مانده ذهنی (۱۹/۶٪)، ۱۶

میزان بیماریابی در هر یک از مراکز نیز متفاوت بوده است. این میزان در برخی مراکز بهداشتی درمانی به تفکیک تا سه ماهه نخست ۱۳۷۶ در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳- توزیع فراوانی بیماران شناسایی شده در مراکز بهداشتی درمانی مورد بررسی تا سه ماهه اول ۱۳۷۶

مرکز	جمعیت زیرپوشش فراوانی بیماران شناسایی شده	شناسایی شده	شده در هزار نفر
سرخاب	۱۱۸۸۰	۱۱۰	۹/۳
تنکمان	۱۹۵۶۱	۲۲۱	۱۱/۳
لشکرآباد	۱۱۱۵۳	۱۱۲	۱۰/۲
قلعه چندار	۱۲۲۰۹	۲۱۸	۱۷/۶
هیو	۱۹۲۲۰	۱۱۸	۹/۸
نجم آباد	۵۳۶۹	۴۶	۸/۶
طالقان	۱۲۰۰۰	۲۱۲	۱۷/۷

آمار سالهای ۱۳۷۱-۱۳۷۰ (۴ در هزار) و ۱۳۷۴ (۸/۹ در هزار) در همین منطقه، تحول مهمی به شمار می‌رود (بوالهروی، محیط، ۱۳۷۳؛ واحد بهداشت روان حوزه معاونت بهداشتی، ۱۳۷۵).

جدول ۴- مقایسه آخرین آمار بیماران شناسایی شده در منطقه ساوجبلاغ با آمار ارزشیابی کشوری سال ۱۳۷۴ بر حسب نوع بیماری

نوع بیماری	ارزشیابی کشوری	آمار منطقه ساوجبلاغ
	۱۳۷۲	تا پایان مرداد ۱۳۷۶
پسیکوز	۱/۲	۱
نوروز	۵/۳	۴/۲
صرع	۲/۲	۱/۷
عقب ماندگی ذهنی	۲/۶	۲/۲
سایر موارد	۱/۲	۲
جمع	۱۲/۶	۱۲

در منطقه ساوجبلاغ تا پایان مرداد ۱۳۷۶، در نظام ارجاع ۱۵۷۴۴ بار بیماران تحت درمان دارویی و ۷۷۹۸ بار تحت مراقبت در خانه‌های بهداشت بدون تجویز دارو (شامل ۶۰ مورد بیماری شدید روانی، ۱۴۵۰ مورد بیماری خفیف روانی، ۱۰۲ مورد صرع، ۵۷۴۲ مورد عقب ماندگی ذهنی و ۴۴۴ مورد سایر موارد) بوده‌اند. ۹۳ درصد موارد ارجاعی به مراکز بهداشتی درمانی، توسط پزشکان عمومی تحت درمان قرار گرفته‌اند. از کل موارد یاد شده تنها ۳۳ مورد بستری از آغاز اجرای طرح صورت گرفته است که ۰/۲ درصد موارد شده و بطور متوسط تقریباً ماهانه یک بستری وجود داشته است از ۳۳ مورد یاد شده ۲۸ مورد مربوط به پسیکوزها بوده و تنها ۵ مورد شامل دیگر دسته‌های تشخیصی بوده‌اند (همان جا).

بحث در یافته‌ها

مقایسه آخرین آمار بدست آمده مربوط به بیماریابی منطقه مورد بررسی با یافته‌های پژوهشی ارزشیابی کشوری سال ۱۳۷۴ در جدول ۴ ارائه گردیده است (بوالهروی و همکاران، ۱۳۷۶؛ و گزارشها و اسناد آماری معاونت بهداشتی). همانطور که مشاهده می‌گردد تفاوت اندکی در یافته‌های دو بررسی وجود دارد که در مقایسه با

چنانکه قبلاً اشاره شد طبق پژوهشهای معتبر جهان، انتظار می‌رود که آمار واقعی عقب ماندگی ذهنی چیزی حدود ۱۰ در هزار باشد. از آنجا که ۸۵٪ این آمار را موارد خفیف تشکیل می‌دهند (کاپلان و سادوک، ۱۹۹۴) و با توجه به آنکه شناسایی موارد خفیف در محیط روستایی با ابزار شناختی غیر پیچیده به سختی امکان پذیر است، بنابراین آمار ۲/۴ در هزار برای این اختلال، رقم قابل قبولی می‌تواند باشد. وجود برخی محدودیتها مانند گرایش به مخفی کردن اختلالهای روانی نیز ممکن است سبب تفاوت در یافته‌های پژوهش حاضر با یافته‌های پژوهشهای بین المللی باشد. در مراکز مختلف منطقه نیز نتایج متفاوتی در بیماریابی گزارش شده‌اند که می‌تواند مربوط به توانایی‌های متفاوت کارکنان بهداشتی در شناخت بیماریها و ارتباط با جامعه باشد. برخی از این آمار مانند بیماریابی مرکز قلعه چندار (۱۷/۶ در هزار) به یافته‌های بررسیهای انجام شده در هند (۱۸ در هزار)

بسیار نزدیک است (بوالهروی، محیط، ۱۳۷۳؛ ماهاجان، گوپتا، ۱۹۹۵).

شاید مهمترین دستاورد این نظام، کاهش قابل توجه بار خدمات تخصصی بیمارستانی باشد بطوریکه تنها ۲/۰٪ ارجاعها به بیمارستان روانپزشکی بوده است. اهمیت این آمار هنگامی روشن می شود که بدانیم در طول مدت اجرای طرح ادغام، نزدیک به ۱۶ هزار ویزیت از بیماران روانی به عمل آمده، در حالیکه تنها ۳۳ مورد آن نیازمند بستری شناخته شده و به بیمارستان روانی ارجاع شده اند و بقیه در منطقه، خدمات درمانی لازم را دریافت کرده اند. توجه به بعد مسافت و هزینه های بستری و آمد و شد، صرف نظر از دستاوردهای اجتماعی و شفلی، نشانگر نکات مثبت اجرای طرح ادغام در این منطقه می باشند (گزارشها و اسناد آماری معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمسانی ایران، ۱۳۷۶-۱۳۷۳).

قدردانی

در پایان لازم می دانم از بهروزان، پزشکان، کارکنان تلاشگر شبکه بهداشت و درمان ساوجبلاغ به ویژه آقایان علی اسدی کارشناس بهداشت روانی منطقه و دکتر رامین دانشی پزشک عمومی دوره دیده بهداشت روانی، استادان محترم دانشگاه به ویژه آقایان دکتر مرتضی قدسی، دکتر مهرداد محمدیان، دکتر جعفر بوالهروی، دکتر احمد محیط، دکتر داود شاه محمدی، دکتر سیداکبر بیان زاده و دیگر عزیزانی که در اجرای طرح کوشش و همکاری داشته اند، سرکار خانم شهریاری مددکار دلسوز بیمارستان شهید نواب صفوی و کارشناسان واحد مبارزه با بیماریهای معاونت بهداشتی دانشگاه، آقایان بهرام نژاد و ماهجویی سپاسگزاری نمایم.

منابع

- بوالهروی، جعفر (۱۳۷۰). بهداشت روان: جهت استفاده مراقبین بهداشت مدارس و کاردانهای بهداشتی. تهران: نشر و تبلیغ بشری.
- بوالهروی، جعفر؛ بینا، مهدی، احسان منش، مجتبی؛ کریمی کیسی، عیسی (۱۳۷۶). بررسی آگاهی، نگرش و عملکرد بهروزان. فصلنامه اندیشه و رفتار، سال سوم، شماره ۱ و ۲، ۱۲-۴.
- بوالهروی، جعفر؛ بینا، مهدی؛ باقری یزدی، سید عباس (۱۳۷۶). بررسی عملکرد بهداشت روانی پزشکان عمومی در مراکز بهداشتی درمانی روستایی ایران (۱۳۷۴)، طب و تزکیه، شماره ۲۵، ۱۲-۷.
- بوالهروی، جعفر؛ محیط، احمد (۱۳۷۳). بررسی ادغام بهداشت روانی در مراقبتهای بهداشتی اولیه. دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران. گزارش منتشر نشده.
- بوالهروی، جعفر؛ محیط، احمد (۱۳۷۴). بررسی ادغام بهداشت روانی در مراقبتهای بهداشتی اولیه؛ هشتگرد ۷۲-۱۳۷۰. فصلنامه اندیشه و رفتار، سال دوم، شماره ۱ و ۲.
- حسن زاده، سید مهدی (۱۳۷۱). بررسی ادغام خدمات بهداشت روانی در نظام ارائه خدمات اولیه بهداشتی در شبکه شهرضا. دارو و درمان، سال دهم، شماره ۱۱۰.
- ستاد برگزاری مراسم هفته دولت شهرستان ساوجبلاغ (۱۳۷۳). نظری بر ساوجبلاغ، تصویر ساوجبلاغ، ویژه هفته دولت. شاه محمدی، داود (۱۳۷۲). گزارش جامع از پروژه تحقیقی ادغام بهداشت روانی در مراقبتهای بهداشتی اولیه در روستاهای شهرکرد؛ گزارش منتشر نشده.
- سازمان جهانی بهداشت (۱۹۹۰). مقدمه ای بر ادغام بهداشت روان در مراقبتهای بهداشتی اولیه، ترجمه: داود شاه محمدی، سید عباس باقری یزدی، حسن پلاهنک. تهران: مجمع علمی و فرهنگی مجد.
- گزارشها و اسناد آماری منتشر نشده معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران و کارشناسان بهداشت روان منطقه ساوجبلاغ (۱۳۷۶-۱۳۷۳).
- مهرابی، فریدون (۱۳۷۲). بررسی اسکیزوفرنیا در مراکز

Bertolote, J. M. (1996). *Public mental health*; Geneva: WHO.

Coopa, B., & Helgason, T. (1989). Epidemiology and the prevention of mental disorders; in N. Sartorius (Ed.). *WHO Organization's views on the prevention of mental disorders in developed and developing countries*. Routledge.

American Psychiatric Association (1994) *diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed. Washington D. C.: APA.

Kaplan, H. L, Sadock, B. J. (1994). *Synopsis of psychiatry* (7 th ed.). Baltimore: Williams and Wilkins.

Mahajan, O. G. (1995). *Textbook of preventive and social medicine*. Delhi: Jaypee Brothers Medical Publishers.

Sartorius, N., Girolamo, G., Andrews, G., German, G. A., & Eisenberg, L. (1993). *Treatment of mental disorders*; Geneva: World Health Organization.

روانپزشکی ایران. معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، گزارش منتشر نشده.

مهرایی، فریدون (۱۳۷۳). نیمرخ علامت شناسی اسکیزوفرنیا در مراکز روانپزشکی ایران. فصلنامه اندیشه و رفتار، سال اول، شماره ۲ و ۳.

واحد بهداشت روان حوزه معاونت امور بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران (۱۳۷۵). گزارش تفصیلی موارد بیماریابی، ارجاع و پیگیری بیماریهای روانی در طرح کشوری بهداشت روان در شهرستان ساوجبلاغ در سال ۱۳۷۴، گزارش منتشر نشده.

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی (۱۳۶۵). برنامه کشوری بهداشت روانی، سند منتشر نشده.

قطع فنوباریتال موجب افزایش سطح خونی کلوزاپین و خطر تشنج می شود

گروه آنزیمهای P-450 کبدی سوخت و ساز کلوزاپین (لپونکس) را بر عهده دارند. برخی داروها مانند فلاکستین، سایمتدین، اریترومایسین با مهار این آنزیم، باعث افزایش سطح خونی کلوزاپین می شوند. اما برخی دیگر مانند کاربامازپین و فنی توئین، با تحریک P-450 باعث کاهش سطح پلاسمایی لپونکس می شوند. برای درمان و پیشگیری از تشنج احتمالی ناشی از کاهش سطح پلاسمایی لپونکس، والپروات سدیم و فنوباریتال توصیه شده است. فنوباریتال با تحریک آنزیم P-450 می تواند سطح سرمی لپونکس را کاهش دهد که قطع آن افزایش سطح لپونکس تا میزان ۷۵٪ را در پی دارد. از این رو قطع فنوباریتال توأم با لپونکس خطر بالا رفتن دوز آن و بروز تشنج را افزایش می دهد.

Journal of Clinical Psychiatry, March, 1998.