



ادغام برنامه‌ی بهداشت روان در شبکه‌ی مراقبت‌های بهداشتی اولیه‌ی اندیشک

رضا دواساز ایرانی *

چکیده

هدف: هدف از اجرای این پژوهش بررسی وضعیت ادغام برنامه‌ی بهداشت روان در مراکز بهداشتی-درمانی و تعیین میزان بیماریابی بیماران روانی در مناطق روستایی اندیشک بوده است.

روش: در این بررسی توصیفی، ۱۶ خانگی بهداشت، ۳ مرکز بهداشتی-درمانی روستایی، یک مرکز بهداشتی-درمانی شهری و جمعیتی برابر با ۲۳۳۰۸ نفر که از سال ۱۳۷۱ زیر پوشش برنامه‌ی بهداشت روان بوده‌اند، مورد بررسی قرار گرفتند. داده‌های مورد نیاز با بررسی پرونده‌ها و گزارش‌های آماری مرکز بهداشت شهرستان گردآوری گردید. برای تحلیل داده‌ها، روش‌های آمار توصیفی و آزمون تقریب 7، به کار برده شد.

یافته‌ها: این بررسی نشان داد که میزان شیوع بیماری‌های روانی برپایه‌ی ارزیابی گروه بهداشتی ۱۰ نفر در هر هزار نفر می‌باشد. این میزان برای گروه روانی شدید ۱/۱ در هزار، گروه روانی خفیف ۳/۷ در هزار، صرع ۲/۷ در هزار و گروه عقب‌ماندگی ذهنی ۲/۵ در هزار می‌باشد. تحلیل‌های آماری تفاوت معنی‌داری را در میان انواع بیماری‌های روانی (بیماری‌های خفیف روانی، صرع و عقب‌ماندگی ذهنی) با شاخص‌های مورد انتظار کشوری نشان نداد، اما در گروه بیماران روانی شدید تفاوت معنی‌داری دیده شد ($p < 0/05$).

نتیجه: ادغام بهداشت روان پس از یک دهه در شهرستان اندیشک مطابق برنامه‌ی کشوری موفق بوده است و می‌تواند با تغییر و اصلاح‌هایی در این زمینه، خدمات اساسی بهداشت روان را در مناطق روستایی فراهم آورد.

Andeeshah
Va
Raftar
اندیشه و رفتار
۱۱۰

کلیدواژه: ادغام، بهداشت روان، شیوع، بیماری روانی، صرع، عقب‌ماندگی ذهنی، مرکز بهداشتی-درمانی، اندیشک

مقدمه

بهداشت بیشتر به اهمیت بهداشت روان پی بردند و در اساس‌نامه‌ی سال ۱۹۴۸، سلامت روانی را بخشی از تعریف بهداشت دانستند (جهانبانی، ۱۳۸۰). تأمین

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

* کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی، مربی دانشگاه پیام نور، اهواز، دانشگاه علوم پزشکی جندی‌شاپور اهواز، معاونت بهداشتی استان.

سلامتی افراد جامعه یکی از مهم‌ترین مسایل هرکشور به‌شمار می‌رود که باید آن را از سه دیدگاه بدنی، روانی و اجتماعی نگریست (سازمان جهانی بهداشت، ۱۳۷۳). در این راستا ادغام بهداشت روان در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه با بهره‌گیری از تجارب جهانی، در طرح گسترش شبکه‌ی بهداشت و درمان جمهوری اسلامی ایران مورد توجه قرار گرفته است. بررسی‌های انجام شده در زمینه‌ی ادغام بهداشت روانی در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه با بررسی روستاهای شهرکرد (شاه‌محمدی، ۱۳۷۲) آغاز گردید و پس از آن در بررسی‌های دیگری (از جمله حسن‌زاده، ۱۳۷۱؛ بوالهروی، ۱۳۷۲؛ بوالهروی و محیط، ۱۳۷۳؛ بوالهروی و محیط، ۱۳۷۴؛ بوالهروی، بینا، احسان‌منش و کریمی کیسی، ۱۳۷۶؛ دواساز ایرانی و اخلاصی، ۱۳۷۹) اثربخش بودن ادغام خدمات بهداشت روان در مراقبت‌های اولیه‌ی بهداشتی مورد بررسی و تأیید قرار گرفت.

از سوی دیگر برپایه‌ی گزارش سازمان جهانی بهداشت ۴۵-۴۰ میلیون بیمار شدید روانی، ۲۰ میلیون بیمار مبتلا به صرع و ۲۰۰ میلیون بیمار مبتلا به سایر اختلال‌های روانی یا عصبی خفیف در جهان وجود داشته است (ماهاجان^۱ و گوپتا^۲، ۱۹۹۵، به نقل از عبهری، ۱۳۷۷). گزارش یادشده گویای آن است که ۱۳۰-۹۰ میلیون نفر از جمعیت جهان دچار عقب‌ماندگی ذهنی بوده و شیوع موارد با بهره‌ی هوشی زیر ۵۰ در جمعیت عمومی کمتر از ۱۸ ساله را ۳ تا ۴ درهزار برآورد کرده‌اند (سارتوریوس^۳، ۱۹۹۳، به نقل از عبهری، ۱۳۷۷). پژوهش حسن‌زاده (۱۳۷۱) با هدف شناسایی میزان کارآیی ادغام بهداشت روانی در مراقبت‌های بهداشتی اولیه در روستاهای شهرستان شهرضا انجام شد. در این بررسی پس از آموزش نیروهای بهداشتی میزان بیماری‌یابی آنان ۲/۵ برابر افزایش یافت. همچنین ادغام برنامه‌ی بهداشت روان در مراکز بهداشتی-درمانی هشتگرد نشان داد که طی مدت اجرای پژوهش (۳ سال و ۱۱ ماه) از انتقال بیش از ۲۷۱ بیمار روانی به مرکز استان، که ۱۵۴ مورد ارجاعی از

سوی بهورزان و مراکز بهداشتی و درمانی روستایی و بقیه مربوط به مراکز شهری بودند، جلوگیری شده است (بوالهروی و محیط، ۱۳۷۴). به دنبال این بررسی‌ها، ادغام خدمات بهداشت روان در مراقبت‌های بهداشتی اولیه به‌طور رسمی در کشور آغاز و در سایر استان‌ها به مورد اجرا گذاشته شد (بوالهروی، بینا و باقری یزدی، ۱۳۷۶). یافته‌های چند بررسی انجام شده در زمینه‌ی میزان بیماری‌یابی در طرح ادغام بهداشت روان در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه در کشور به شرح زیر می‌باشد.

در پژوهش شهرضا در هر هزار نفر ۱/۷ بیمار شدید روانی، ۲/۹ بیمار خفیف روانی، ۱/۰ بیمار مبتلا به صرع و ۳/۴ مورد عقب‌ماندگی ذهنی گزارش گردید (حسن‌زاده، ۱۳۷۱). در پژوهش هشتگرد در هر هزار نفر ۰/۵۸ بیمار شدید روانی، ۱/۳ بیمار خفیف روانی و ۱/۱ عقب‌ماندگی ذهنی گزارش شد (بوالهروی و محیط، ۱۳۷۳). در پژوهش منطقه‌ی ساوجبلاغ در جمعیت روستایی میزان همه‌گیرشناسی بیماری‌های روانی ۱۲ درهزار نشان داده شد (عبهری، ۱۳۷۷). در ارزشیابی کشوری بهداشت روان نیز در سال ۱۳۷۴ در هر هزار نفر جمعیت ۱/۱ بیمار شدید روانی، ۵/۴ بیمار خفیف روانی، ۲/۳ بیمار مبتلا به صرع و ۲/۶ عقب‌مانده‌ی ذهنی گزارش گردیده بود (بوالهروی، بینا، احسان‌منش و کریمی کیسی، ۱۳۷۶).

هدف پژوهش حاضر بررسی وضعیت ادغام برنامه‌ی بهداشت روان در مراکز بهداشتی-درمانی روستایی اندیمشک بود.

روش

این بررسی از نوع توصیفی بود. در این بررسی همه‌ی مراکز زیر پوشش برنامه‌ی بهداشت روان شهرستان اندیمشک، شامل ۱۶ خانه‌ی بهداشت، سه مرکز بهداشتی و درمانی روستایی، یک مرکز بهداشتی و درمانی شهری و جمعیتی برابر با ۲۳۳۰۸ نفر مورد

بررسی قرار گرفتند. داده‌ها با بررسی پرونده‌ها و گزارش‌های آماری مرکز بهداشت شهرستان اندیمشک طی سال‌های ۱۳۷۱-۱۳۸۰ گردآوری گردید. برای تحلیل داده‌ها روش‌های آمار توصیفی (فراوانی مطلق و نسبی) و آزمون تقریب Z به کار برده شد. ادغام خدمات بهداشت روان در مراکز بهداشتی-درمانی روستایی اندیمشک به کمک سازوکارهای زیر انجام شد:

۱- آموزش بهورزان: در این مرحله نخست بهورزان شاغل در خانه‌های بهداشت به مدت ۳۰ ساعت در کلاس‌های آموزش بهداشت روانی شرکت نمودند. آنان در این مدت با طرح بهداشت روانی و شناخت انواع بیماری‌های روانی آشنا شدند. مواد آموزشی به کار برده شده، جزوه‌ی بهداشت روان برای بهورزان (بواله‌ری و انصاری، ۱۳۷۰) بود. هم‌چنین به کمک نشست‌های گروهی ماهیانه‌ی بازآموزی، درباره‌ی بهداشت روان و شیوه‌ی اجرای درست برنامه گفتگو می‌شد.

۲- آموزش کاردان‌ها: در این مرحله کاردان‌های شاغل در مراکز بهداشتی-درمانی روستایی به مدت ۳۰ ساعت در کلاس‌های آموزش بهداشت روانی شرکت نمودند. محتوای آموزشی دربردارنده‌ی طرح بهداشت روانی و شناخت انواع بیماری‌های روانی بود. آموزش با نشست‌های بازآموزی ادامه می‌یافت.

۳- آموزش پزشکان عمومی: هم‌زمان با آموزش بهورزان و کاردان‌ها، برای پزشکان عمومی شاغل در مراکز بهداشتی-درمانی روستایی نیز به مدت ۵۰ ساعت توسط روانپزشک کلاس آموزشی تشکیل شد. در این کلاس‌ها جزوه‌ی روانپزشکی ویژه پزشکان عمومی شاغل در مراکز روستایی که توسط معاونت بهداشتی استان تدوین شده بود، به کار گرفته شد. هم‌چنین یک نفر پزشک عمومی، دوره‌ی میان‌مدت روانپزشکی را در بخش روانپزشکی دانشگاه به مدت ۲ ماه گذراند. پس از آموزش‌های

یادشده، ادغام بهداشت روانی در نظام شبکه‌ای با بیماری‌یابی بهورزان، شناسایی موارد جدید و پی‌گیری موارد پیشین به‌طور رسمی آغاز شد. بهورزان پس از طی دوره‌ی آموزشی به کمک فرم‌های بیماری‌یابی هنجاریابی شده، بیماران مشکوک را شناسایی و با فرم ارجاع غیرفوری به پزشک مرکز بهداشتی-درمانی روستایی ارجاع می‌نمودند. پس از تکمیل فرم شرح حال روانپزشکی و تشخیص بیماری، دستور دارویی برای پی‌گیری به بهورز عودت داده می‌شد. در صورتی که مشکل بیمار جنبه‌ی فوری‌تری داشت بهورزان فرم ارجاع فوری را به کار می‌بردند. چنان‌چه مشکل بیمار در مراکز بهداشتی-درمانی قابل حل نبود، با فرم ارجاع به مراکز بالاتر معرفی می‌شدند. هم‌چنین، فعالیت‌های بهداشت روان از سطح خانه‌های بهداشت و مراکز بهداشتی-درمانی روستایی با یک فرم آماری با عنوان فرم گزارش ماهیانه‌ی پی‌گیری بیماری‌های عصبی-روانی، در پایان هر ماه به مرکز بهداشت شهرستان گزارش می‌شد.

یافته‌ها

یافته‌های پژوهش در زمینه‌ی برخی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی بیماران شناسایی شده، در جدول ۱ آمده است.

همان‌گونه که در جدول ۱ دیده می‌شود، ۶۳٪ بیماران زن و ۳۷٪ مرد هستند. درگروه بیماران مبتلا به صرع و عقب‌ماندگی ذهنی نسبت مردان و درگروه بیماران روانی خفیف و شدید نسبت زنان بیشتر بوده است. توزیع فراوانی سنی بیماران، نشان می‌دهد که بیشترین درصد بیماران شناسایی شده در گروه‌های سنی ۲۵-۳۴ و ۱۵-۲۴ سال دیده شده است. هم‌چنین از نظر تحصیلی، بیشترین درصد بیماران روانی دارای تحصیلات ابتدایی بوده‌اند (۳۲/۵٪). چنان‌چه تحصیل کردن دانش‌آموز را به‌عنوان شغل به‌شمار آوریم و سنین زیر ۶ سال را حذف نماییم، ملاحظه می‌شود که

جدول ۱- توزیع فراوانی بیماران شناسایی شده در مناطق مورد بررسی برحسب جنس، سن، وضعیت تأهل، تحصیلات، وضعیت اشتغال و وضعیت بیماری

| متغیر | روانی شدید | | روانی خفیف | | صرع | | عقب ماندگی ذهنی | | کل |
|--------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-----------------|-------------|----|
| | فراوانی (%) | فراوانی (/) | فراوانی (%) | فراوانی (/) | فراوانی (%) | فراوانی (/) | فراوانی (%) | فراوانی (/) | |
| جنسیت | | | | | | | | | |
| مرد | ۱۶ (۴۵/۷) | ۲۵ (۱۵/۵) | ۵۱ (۵۳/۷) | ۴۰ (۶۱/۵) | ۱۳۲ (۳۷/۱) | | | | |
| زن | ۱۹ (۵۴/۳) | ۱۳۶ (۸۴/۵) | ۴۴ (۴۶/۳) | ۲۵ (۳۸/۵) | ۲۲۴ (۶۲/۹) | | | | |
| سن | | | | | | | | | |
| ۱-۴ | - | - | ۳۰ (۳۱/۶) | ۲۷ (۴۱/۶) | ۵۷ (۱۶/۱) | | | | |
| ۵-۱۴ | - | - | ۳۷ (۳۸/۹) | ۲۹ (۴۴/۶) | ۶۶ (۱۸/۵) | | | | |
| ۱۵-۲۴ | ۷ (۲۰/۱) | ۵۳ (۳۳) | ۱۹ (۲۰/۰) | ۹ (۱۳/۸) | ۸۸ (۲۴/۷) | | | | |
| ۲۵-۳۴ | ۱۶ (۴۵/۷) | ۶۸ (۴۲/۲) | ۵ (۵/۳) | - | ۸۹ (۲۵/۰) | | | | |
| ۳۵-۴۴ | ۷ (۲۰/۱) | ۲۶ (۱۶/۲) | ۳ (۳/۱) | - | ۳۶ (۱۰/۱) | | | | |
| ۴۵-۵۴ | ۳ (۸/۵) | ۷ (۴/۳) | ۱ (۱/۱) | - | ۱۱ (۳/۱) | | | | |
| ۵۵-۶۴ | ۲ (۵/۷) | ۷ (۴/۳) | - | - | ۹ (۲/۵) | | | | |
| وضعیت تأهل | | | | | | | | | |
| مجرد* | ۱۶ (۴۵/۷) | ۲۹ (۱۸) | ۶۹ (۷۲/۶) | ۶۵ (۱۰۰) | ۱۷۹ (۵۰/۳) | | | | |
| متاهل | ۱۶ (۴۵/۷) | ۱۳۰ (۸۰/۸) | ۲۵ (۲۶/۳) | - | ۱۷۱ (۴۸/۱) | | | | |
| طلاق گرفته | ۳ (۸/۶) | ۲ (۱/۲) | ۱ (۱/۱) | - | ۶ (۱/۶) | | | | |
| تحصیلات | | | | | | | | | |
| بی سواد** | ۱۴ (۴۰/۰) | ۲۹ (۱۸) | ۴۹ (۵۱/۵) | ۶۵ (۱۰۰) | ۱۵۷ (۴۴/۲) | | | | |
| ابتدایی | ۱۲ (۳۴/۳) | ۸۴ (۵۲/۲) | ۲۰/۰ (۲۱/۱) | - | ۱۱۶ (۳۲/۶) | | | | |
| زیردیپلم | ۸ (۲۲/۹) | ۴۴ (۲۷/۳) | ۲۳ (۲۴/۳) | - | ۷۵ (۲۱/۱) | | | | |
| دیپلم و بالاتر | ۱ (۲/۸) | ۴ (۲/۵) | ۳ (۳/۱) | - | ۸ (۲/۲) | | | | |
| وضعیت اشتغال | | | | | | | | | |
| بی کار** | ۲۳ (۶۵/۷) | ۲۶ (۱۶/۲) | ۴۸ (۵۰/۵) | ۶۵ (۱۰۰) | ۱۶۲ (۴۵/۵) | | | | |
| خانه دار | ۹ (۲۵/۷) | ۱۱۵ (۷۱/۴) | ۱۹ (۲۰) | - | ۱۴۳ (۴۰/۳) | | | | |
| کشاورز | ۳ (۸/۶) | ۱۵ (۹/۳) | ۲ (۲/۱) | - | ۲۰ (۵/۶) | | | | |
| محصل | - | - | ۲۴ (۲۵/۳) | - | ۲۴ (۶/۷) | | | | |
| سایر مشاغل | - | ۵ (۳/۱) | ۲ (۲/۱) | - | ۷ (۱/۹) | | | | |
| وضعیت بیماری | | | | | | | | | |
| تحت مراقبت و درمان | ۲۷ (۷۷/۲) | ۸۷ (۵۴/۰) | ۶۲ (۶۵/۲) | ۵۹ (۹۰/۸) | ۲۳۵ (۶۶/۰) | | | | |
| بهبود | - | ۶۳ (۳۹/۱) | ۱۴ (۱۴/۷) | - | ۷۷ (۲۱/۶) | | | | |
| فوت | ۴ (۱۱/۴) | ۱ (۰/۷) | ۴ (۴/۳) | ۳ (۴/۶) | ۱۲ (۳/۴) | | | | |
| سایر | ۴ (۱۱/۴) | ۱۰ (۶/۲) | ۱۵ (۱۵/۸) | ۳ (۴/۶) | ۳۲ (۹/۰) | | | | |

* به اضافه افراد زیر ۱۵ سال

** به اضافه افراد زیر ۶ سال

بیشترین درصد بیماران روانی را افراد بیکار (۲۶/۴٪) و خانه‌دار (۴۰/۱٪) تشکیل می‌دهند. از نظر وضعیت تأهل این بررسی نشان داد که ۴۸/۱٪ بیماران روانی را بیماران متأهل تشکیل می‌دهند. هم‌چنین از نظر وضعیت بیماری، بیشترین درصد بهبودی را بیماران روانی خفیف و مبتلا به صرع تشکیل داده‌اند.

تحلیل یافته‌ها به کمک آزمون تقریب Z و یافته‌های تحلیل‌های آماری مربوط به شمار بیماران روانی تحت درمان و مراقبت در مناطق روستایی اندیشک در مقایسه با شاخص‌های کشوری در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲- نتایج تحلیل چهار آزمون تقریب Z برای مقایسه‌ی نسبت بیماران روانی تحت مراقبت و درمان مناطق روستایی اندیشک با شاخص‌های حدانتظار کشوری (۱۳۸۰-۱۳۷۱)

| نوع بیماری | اندیشک | | نمره Z | سطح معنی‌داری |
|-----------------|-------------------|----------------------------|--------|---------------|
| | فراوانی (در هزار) | حدانتظار فراوانی (در هزار) | | |
| روانی شدید | ۲۷ (۱/۱) | ۵۸ (۲/۵) | ۴/۱ | ۰/۰۵ |
| روانی خفیف | ۸۷ (۳/۷) | ۹۳ (۴) | ۰/۶۲ | N.S. |
| صرع | ۶۲ (۲/۷) | ۷۰ (۳) | ۰/۹۷ | N.S. |
| عقب‌ماندگی ذهنی | ۵۹ (۲/۵) | ۷۰ (۳) | ۱/۳ | N.S. |

همان گونه که در جدول ۲ دیده می‌شود، میزان بیماریابی در مناطق روستایی اندیشک در گروه بیماری شدید روانی کمتر از مورد مشابه حدانتظار بوده است و آزمون Z این تفاوت را معنی‌دار نشان می‌دهد ($p < 0/05$, $Z = 4/1$). این تحلیل در بیماران روانی خفیف، بیماران مبتلا به صرع و افراد عقب‌مانده‌ی ذهنی تفاوت معنی‌داری را نشان نمی‌دهد. گفتنی است بیمارانی که فوت کرده، به دلیل بهبودی تحت درمان یا مراقبت نبوده و یا مهاجرت نموده‌اند، در این مقایسه منظور نشده‌اند.

بحث

هدف پژوهش حاضر بررسی وضعیت ادغام برنامه‌ی بهداشت روان در مراکز بهداشتی-درمانی روستایی اندیشک بود. یافته‌های پژوهش نشان داد که شناسایی بیماران روانی خفیف، عقب‌ماندگی ذهنی و صرع با شاخص حد انتظار کشوری، تفاوت معنی‌داری ندارد. اما در گروه بیماران روانی شدید تفاوت معنی‌دار است ($p < 0/05$). یافته‌های این پژوهش میزان شناسایی بیماران روانی شدید را ۱/۱ در هزار نشان داد. این یافته‌ی پژوهش هم‌سو با یافته‌های پژوهشی ماهاجان و گوپتا (۱۹۹۵)، به نقل از عبهری، (۱۳۷۷)، عبهری (۱۳۷۷) و بواله‌ری، بینا و باقری‌یزدی (۱۳۷۶) است. این پژوهش‌ها میزان بیماریابی را در بیماران روانی شدید نزدیک به ۱/۱ در هزار نشان دادند. میزان بیماریابی در موارد روانی خفیف نیز در پژوهش حاضر، ۳/۷ در هزار بود. این نتیجه با یافته‌های دیگران (عبهری، ۱۳۷۷؛ نوریسالا، باقری‌یزدی و یاسمی، ۱۳۸۰) هم‌سو است. این بررسی‌ها میزان بیماران روانی خفیف را ۴/۴-۴/۱ در هزار گزارش نمودند. در این پژوهش، میزان بیماری صرع، ۲/۷ در هزار بود. این میزان با یافته‌های شاه محمدی (۱۳۷۲)، بواله‌ری و محیط (۱۳۷۴)، و بواله‌ری، بینا، احسان‌منش و کریمی کیمی (۱۳۷۶) هماهنگ است. هم‌چنین، در این پژوهش میزان بیماریابی در گروه عقب‌ماندگی ذهنی ۲/۵ در هزار به دست آمد که این یافته نیز با یافته‌های سارتوریوس (۱۹۹۳)، به نقل از عبهری، (۱۳۷۷)، بواله‌ری و محیط (۱۳۷۴ و ۱۳۷۳) و عبهری (۱۳۷۷) هماهنگ است که میزان شیوع در گروه عقب‌ماندگی ذهنی را ۲/۶-۲/۴ در هزار گزارش کرده بودند.

شاید بتوان گفت که مهم‌ترین دستاورد ادغام بهداشت روان در مراکز بهداشتی-درمانی روستایی اندیشک، کاهش چشم‌گیر بار خدمات تخصصی و بیمارستانی روانپزشکی باشد. در طول مدت اجرای برنامه‌ی بهداشت روان، بیشتر بیماران روانی در مراکز بهداشتی-درمانی روستایی از خدمات لازم در این

مراکز برخوردار شده و نیاز به مراجعه به مراکز روانپزشکی پیدا نکرده‌اند. با توجه به بعد مسافت و هزینه‌های درمانی مراجعه به مراکز تخصصی و حمایت‌های عاطفی و اجتماعی که بیماران روانی در خانواده و محل سکونت از آن برخوردارند، اجرای برنامه‌ی ادغام بهداشت روان در نظام شبکه‌ی بهداشتی-درمانی شهرستان از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. به طور کلی گرچه شاخص‌های کشوری در حد مطلوب نیست، به جز در یک مورد، یافته‌های پژوهش حاضر با نتایج طرح کشوری قابل مقایسه است. انجام پژوهش در زمینه‌ی تعیین شاخص حد انتظار بیماریابی از بیماران روانی در برنامه‌ی بهداشت روان در هر استان یا منطقه پیشنهاد می‌شود.

سپاسگزاری

باسپاس از آقای مهندس اسماعیل رستمی، ریاست محترم مرکز بهداشت اندیمشک به خاطر پشتیبانی از طرح، هم‌چنین از آقای دکتر غلامعلی پرهام عضو هیئت علمی گروه آمار دانشگاه شهید چمران به جهت راهنمایی‌های ارزنده در زمینه‌ی تحلیل داده‌ها.

منابع

- بوالهروی، جعفر؛ انصاری، ماهرخ (۱۳۷۰). *بهداشت روان برای کارکنان بهداشتی* (چاپ اول). تهران: نشر و تبلیغ بشری.
- بوالهروی، جعفر؛ محیط، احمد (۱۳۷۳). *بررسی ادغام بهداشت روانی در مراقبتهای بهداشتی اولیه*. تهران: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی ایران. گزارش منتشر نشده.
- بوالهروی، جعفر؛ محیط، احمد (۱۳۷۴). بررسی ادغام بهداشت روانی در مراقبتهای بهداشتی اولیه، هشترود. *فصلنامه اندیشه و رفتار*، سال دوم، شماره ۱ و ۲، ۱۶-۲۴.
- بوالهروی، جعفر؛ بینا، مهدی؛ باقری یزدی، سیدعباس (۱۳۷۶). بررسی عملکرد بهداشت روانی پزشکان عمومی در مراکز بهداشتی درمانی روستایی ایران، *مجله طب و تزکیه*، شماره ۲۵، ۷-۱۲.

- بوالهروی، جعفر؛ بینا، مهدی؛ احسان‌منش، مجتبی؛ کریمی کبسی، عیسی (۱۳۷۶). بررسی آگاهی و نگرش عملکرد به‌روزان. *فصلنامه اندیشه و رفتار*، سال سوم، شماره ۱ و ۲، ۴-۱۲.
- حسن‌زاده، سیدمهدی (۱۳۷۱). بررسی ادغام خدمات بهداشت روانی در نظام ارایه خدمات اولیه بهداشت در شبکه شهرضا. *مجله دارو و درمان*، سال دهم، شماره ۱۱۰، ۲۷-۲۳.
- جهانبانی، عفت (۱۳۸۰). *بررسی تطبیقی مدیریت برنامه بهداشت روان در شبکه‌های بهداشت و درمان استان خوزستان در تسوری و عمل*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد مدیریت خدمات بهداشتی-درمانی. دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی ایران.
- دواساز ایرانی، رضا؛ اخلاصی، عبدالکریم (۱۳۷۹). *گزارش توصیفی ادغام خدمات بهداشت روان در نظام مراقبت اولیه بهداشتی شبکه‌های بهداشت و درمان استان خوزستان طی سال‌های ۱۳۷۸-۱۳۷۰*. اهواز: معاونت بهداشتی استان خوزستان.

- سازمان جهانی بهداشت (۱۳۷۳). *مقدمه‌ای برای ادغام بهداشت روان در مراقبتهای بهداشتی اولیه*. ترجمه داود شاه‌محمدی، سید عباس باقری یزدی، حسن پالاهنگ.
- شاه‌محمدی، داود (۱۳۷۲). *گزارش ادغام بهداشت روانی در مراقبتهای بهداشتی اولیه در روستاهای شهرگرد*. تهران: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.
- عبهری، محمد (۱۳۷۷). گزارش توصیفی خدمات بهداشت روانی در مراقبتهای اولیه بهداشتی در منطقه ساوجبلاغ. *فصلنامه اندیشه و رفتار*، سال چهارم، شماره ۳، ۳۹-۲۹.
- نوریالا، احمد؛ باقری یزدی، سیدعباس؛ یاسمی، محمد تقی (۱۳۸۰). *نگاهی به سیمای سلامت روان در ایران*. تهران: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.