



ارزشیابی کشوری بهداشت روانی

دکتر احمد محیط^{*}، دکتر داود شاه محمدی^{**}، دکتر جعفر بوالهری^{***}

چکیده

از آنجا که برنامه ادغام بهداشت روان در نظام مراقبتهای بهداشتی اولیه در ایران در دهه گذشته در ابعاد گسترده کمی و کیفی رشد داشته است، در هفتمین اجلاس بین کشوری بهداشت روان سازمان جهانی بهداشت، منطقه مدیترانه شرقی که در کازابلانکا تشکیل شد پیشنهاد گردید که این برنامه به طور مستقل و جامع مورد ارزشیابی قرار گیرد. در این بررسی با درخواست وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و با همکاری سازمان جهانی بهداشت، منطقه مدیترانه شرقی و شرکت فعال کارشناسان آن سازمان به منظور ارزشیابی جامع ارائه خدمات بهداشت روانی، ۲۶۶ بهروز و خانه بهداشت، ۹۱ پزشک عمومی و مرکز بهداشتی درمانی روستایی، ۹۲۳ نفر مراجعه کننده به مطبهای خصوصی روانپزشکان و دیگر مراکز روانپزشکی، و ۷۳۷ خانوار در مناطق همجوار با مناطقی که طرح بهداشت روان در آنها اجرا شده، با استفاده از ۸ نوع پرسشنامه، و نیز گروههای ارزشیابی کیفی، مورد بررسی قرار گرفتند. داده‌های پژوهش به کمک روشهای آمار توصیفی ارائه گردید. نتایج نشان داد که اجرای برنامه بهداشت روانی کشور و ادغام آن در نظام مراقبتهای بهداشتی اولیه موجب شناسایی بیش از ۶ هزار بیمار روانی در منطقه مورد بررسی توسط بهروزان و پزشکان عمومی شده، نزدیک به ۸۰٪ آنان در روستا مورد درمان، آموزش یا پیگیری قرار گرفته‌اند، نگرش و آگاهی بهروزان در مورد بهداشت روانی رشد خوبی را نشان داده و بیش از ۸۷٪ بیماران به جای روشهای سنتی از مراکز پزشکی برای درمان خود استفاده کرده‌اند. در متن مقاله افزون بر شرح ریزتر پژوهش به برخی نقاط ضعف در این موارد اشاره شده است.

Andeesbeh
Va
Rafiar
اندیشه و رفار
۴

کلید واژه: ارزشیابی، بهداشت روانی، مراقبتهای بهداشتی اولیه، آگاهی، نگرش، ایران

- روانپزشک، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران و مستشار بهداشت روانی منطقه مدیترانه شرقی سازمان جهانی بهداشت، مصر، اسکندریه، دفتر مدیترانه شرقی سازمان جهانی بهداشت.
- روانپزشک، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران. تهران، خیابان طالقانی، کوچه جهان، پلاک ۱، انستیتو روانپزشکی تهران.
- روانپزشک، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران. تهران، خیابان طالقانی، کوچه جهان، پلاک ۱، انستیتو روانپزشکی تهران.

در سالهای اخیر توجه به بهداشت روانی در کشور، ابعاد تازه‌ای یافته است. به ویژه با توجه به نیاز روزافزون ساکنین مراکز روستایی و نقاط کم جمعیت به خدمات بهداشت روان، اقدامات سودمندی برای زیر پوشش قرار دادن این افراد از نظر ارائه خدمات یاد شده صورت گرفته است. ادغام ارائه خدمات بهداشت روانی در نظام مراقبتهای بهداشتی اولیه از جمله این اقدامات بوده است و در حال حاضر بخش گسترده‌ای از مناطق دور و نزدیک کشور زیر پوشش این برنامه قرار دارد. از آغاز این فعالیتها در کشور ما اندکی بیش از یک دهه می‌گذرد. در سال ۱۳۶۵ طرح کشوری بهداشت روان کشور جمهوری اسلامی ایران تهیه و اجرای این برنامه از سال ۱۳۶۷ در دو منطقه روستایی کشور آغاز و به تدریج در دیگر نقاط کشور گسترش یافت تا آنجا که در سال ۱۳۷۴ این برنامه در بیش از یکصد شهرستان جمعیتی نزدیک به ۵ میلیون نفر را تحت پوشش قرار داد. این اقدامات در پاسخ به نیاز روزافزون مناطق روستایی و شهری به دریافت خدمات بهداشت روانی و همسو با حرکتی جهانی در ارتباط با گسترش این خدمات بوده است. به منظور ارزیابی برنامه چند ارزشیابی مقدماتی به عنوان پیش پژوهش^(۱) انجام گردید که نتایج موفقیت آمیزی به دنبال داشت (شاه محمدی، ۱۳۶۹؛ حسن زاده، ۱۳۷۱؛ بوالهروی، محیط، ۱۳۷۴). در هفتمین اجلاس بین کشوری بهداشت روان سازمان جهانی بهداشت، منطقه مدیترانه شرقی در کازابلانکا در سال ۱۹۹۵، اجرای ارزشیابی مستقل و جامع وضعیت بهداشت روان در کشور ما پیشنهاد و تصویب شد. این اقدام پس از بررسی دقیق نتایج و دستاوردهای برنامه ادغام بهداشت روان در مراقبتهای بهداشتی اولیه، توسط کارشناسان سازمان جهانی بهداشت مورد توجه قرار گرفت. برای انجام این مقصود چند تن از کارشناسان برجسته سازمان جهانی بهداشت^(۲) در نوامبر ۱۹۹۵ به ایران آمدند و بر روند اجرای ارزشیابی، نظارت مستقیم داشته و خود در اجرای بخشی از آن شرکت

نمودند. ضمناً از چهار کشور منطقه نیز نمایندگانی جهت نظارت راهی کشورمان شدند.

مروری بر وضعیت جغرافیایی، بهداشتی و بهداشت روانی در ایران

کشور ایران با ۱۶۴۸۰۰۰ کیلومتر مربع مساحت و بیش از ۶۰۰۵۵۴۸۸ میلیون نفر جمعیت (مرکز آمار ایران، ۱۳۷۶)، دارای ۲۶ استان، ۲۵۲ شهرستان، ۶۱۴ شهر، ۶۸۰ بخش و ۶۸۱۲۵ روستای مسکونی می‌باشد (مرکز آمار ایران، ۱۳۷۶). دورشته کوه مهم البرز و زاگرس و دو منطقه کویری بخش وسیعی از خاک ایران را در شمال، غرب و جنوب کشور می‌پوشانند. شمار زیادی از آبادیهای کشور در این مناطق قرار گرفته‌اند که دسترسی به آنها بادشواری و صرف وقت زیادی میسر می‌گردد. ۴۵/۲ درصد از جمعیت کشور در مناطق روستایی زندگی می‌کنند.

هر شهرستان غالباً جمعیتی نزدیک به صد تا سیصد هزار نفر روستایی و شهری را پوشش می‌دهد. کوچکترین واحد مراکز بهداشت شهرستان خانه بهداشت است که در مناطق روستایی استقرار یافته و هر یک ۲۰۰۰-۵۰۰ نفر جمعیت را تحت پوشش دارد و نخستین سطح ارائه خدمات بهداشتی را تشکیل می‌دهد. مراکز بهداشتی - درمانی روستایی دومین سطح ارائه خدمات بهداشت و درمان کشور هستند که بیماران ارجاع شده از خانه‌های بهداشت را مورد پذیرش و درمان قرار می‌دهند و برخی خدمات آزمایشگاهی را افزون بر نظارت و ارائه حمایتهای تدارکاتی از خانه‌های بهداشت تابعه به عهده دارند. هر مرکز بهداشتی - درمانی روستایی بین ۱ تا ۵ خانه بهداشت و جمعیتی نزدیک به ۹۰۰۰ نفر را پوشش می‌دهد و یک پزشک به همراه چندکارکنان بهداشتی، کارکنان آن را تشکیل می‌دهند. مراکز بهداشتی درمانی

1- pilot study

2- Prof. N. Sartorius, Prof. N.N. Wig, Dr. J. Bertoleto, Dr.

R.S. Murthy Dr. A. Mohit

وضعیت روز جامعه از نظر میزان داروهای روانپزشکی موجود در خانواده‌ها و چگونگی مصرف آنها، بوده است.

نگاهی به بررسیهای انجام شده در دیگر کشورهای جهان پیرامون ارزشیابی ارائه خدمات بهداشت روانی در جامعه نشان می‌دهد که گرچه در شیوه ارائه خدمات بهداشت روانی در کشورهای مختلف کم و بیش تفاوت‌هایی مشاهده می‌شود و هر کشور بر حسب توانمندیهای مالی، فرهنگی و اجتماعی خویش از راهبردهای ویژه‌ای پیروی کرده است، سوگیری کشورها در ارائه خدمات یاد شده، بر تمرکززدایی ارائه خدمات بهداشت روانی و در پیش گرفتن رویکردی جامعه‌نگر استوار گردیده است. در عین حال برنامه‌های ارزشیابی در این کشورها، ضمن نشان دادن نقاط قوت و موفقیت آمیز برنامه‌های توسعه بهداشت روانی، نقاط ضعف و نارساییهای آنرا نیز آشکار نموده است. برای نمونه پس از تصویب قانون اصلاح ارائه خدمات روانپزشکی در سال ۱۹۷۸ در ایتالیا در کنار مراکز سرپایی و بستری روانپزشکی، برخی تسهیلات و امکانات درمانی روانپزشکی با رویکرد جامعه‌نگر در مناطق شهری این کشور پایه‌گذاری شد. هدف از ایجاد این مراکز جایگزین نمودن تدریجی آنها به جای مراکز بستری و سرپایی سنتی روانپزشکی بود. بررسیهای انجام شده در سالهای بعد نشان داد که مراکز نوین ارائه خدمات ضمن آنکه تغییرات عمیقی در سیمای خدمات روانپزشکی کشور ایجاد نموده است. بر خلاف پیش‌بینی بسیاری از کارشناسان، عملکرد کاملاً متفاوتی در نقاط مختلف کشور داشته است (کمالی^(۱)، مع^(۲)، کرپت^(۳)، ۱۹۹۱). این بررسیها نشان داد حتی کسانی که در ابتدای مراجعه، به مراکز روانپزشکی سنتی مراجعه نموده‌اند، پس از ترخیص از آن مراکز و بسر بردن در خانواده از خدمات روانپزشکی مراکز بهداشت روان جامعه‌نگر استفاده نموده و با این مراکز ارتباط مداوم داشته‌اند. از سوی دیگر به واسطه

شهری نخستین سطح ارائه خدمات بهداشتی - درمانی در مناطق شهری هستند که جمعیتی نزدیک به ۵۰۰۰ تا ۱۵۰۰۰ نفر را تحت پوشش دارند. بیماران ارجاع شده توسط مراکز بهداشتی - درمانی روستایی و شهری در پلی کلینیک و بیمارستان مراکز بهداشت شهرستان مورد درمان قرار می‌گیرند (ملک افضلی، ۱۹۹۴). برپایه آخرین آمار موجود در سال ۱۳۷۴ تعداد ۴۸۰ نفر روانپزشک فعال در ایران به ارائه خدمات روانپزشکی اشتغال داشته‌اند که نزدیک به ۶۰ درصد آنان در تهران و بقیه در دیگر استانهای کشور ارائه خدمات می‌نمودند.

در سال ۱۳۷۳، ۲۶ بیمارستان و مرکز روانپزشکی با ۶۱۳۵ تخت، به درمان بیماران روانی اشتغال داشته‌اند. افزون بر آن ۲۲ بخش روانپزشکی با ۸۱۰ تخت بستری در بیمارستانهای عمومی، ۵۸ درمانگاه روانپزشکی، ۴۲ کلینیک ویژه روانپزشکی و ۲۷۳ مطب روانپزشکی نیز ارائه دهنده خدمات بهداشت روان به مردم بوده‌اند (شاه‌محمدی، ۱۳۷۲).

از آنجا که درباره میزان کارآیی امکانات و خدمات موجود بهداشتی - درمانی اطلاعات جامعی در دست نیست و با توجه به این امر که هرگونه برنامه‌ریزی جهت گسترش امکانات موجود، نیاز به اطلاعات گسترده و دقیق از شرایط گوناگون درمانی، اجتماعی و فرهنگی دارد، ارزشیابی کشوری بهداشت روانی در ایران مورد توجه قرار گرفت. هدف اصلی اجرای این بررسی، ارزیابی میزان پیشرفت و کارآیی بهورزان در زمینه شناسایی، معرفی و ارائه خدمات بهداشت روانی به بیماران روانی تحت پوشش آنان و بررسی عملکرد پزشکان عمومی مراکز بهداشتی - درمانی روستایی در زمینه بهداشت روانی بوده است. از دیگر اهداف پژوهش حاضر، بررسی ردپای بیماران روانی مراجعه‌کننده به مطب روانپزشکان، درمانگاههای سرپایی روانپزشکی و بخشهای بستری روانپزشکی، ارزیابی میزان پیشرفت طرح ادغام خدمات بهداشت روانی در نظام مراقبتهای بهداشتی اولیه. بررسی

ارتباط و همکاری نزدیک بخشهای روانپزشکی واقع در بیمارستانهای عمومی و مراکز بهداشت روان جامعه‌نگر، بیماران نیازمند بستری در این بخشها زودتر از پیش، از بیمارستان ترخیص شده و مدت زمان بستری آنان نیز کاهش چشمگیری یافته است (مونیزا^(۱)، پیرفو^(۲)، تیبالدی^(۳)، کورتز^(۴)، ویدینی^(۵)، ۱۹۹۳) شیوه دیگری از بهینه‌سازی ارائه خدمات بهداشت روانی را در سالهای اخیر در کشور نپال می‌توان مشاهده کرد. به دلایل چندی ساکنین بخش گسترده‌ای از مناطق این کشور از دریافت خدمات بهداشت روانی محروم بوده‌اند. به منظور بهره‌مند ساختن ساکنین این مناطق از خدمات بهداشت روانی، ارائه خدمات به صورت ادغام یافته در شبکه بهداشتی مورد توجه قرار گرفت و در سال ۱۹۸۴ نخستین پیش‌پژوهش در مناطقی از کشور به مورد اجرا گذاشته شد. (رایت^(۶)، ۱۹۹۰) در بررسی به عمل آمده پیرامون میزان کارآمدی این طرح، نتایج نشان داد که ارائه خدمات بهداشت روانی جامعه‌نگر در این کشور به این شیوه مفید است، مردم آگاهی کمی نسبت به بیماریهای روانی و میزان خدمات موجود در زمینه بهداشت روانی دارند، و بالاتر از آن، کارکنان مشغول به کار در شبکه بهداشتی کشور پس از شرکت در دوره‌های آموزشی ساده، هم در زمینه کسب مهارت‌های لازم و هم در زمینه نگرش نسبت به بیماریهای روانی، ارتقاء یافته‌اند.

بررسیهای همه‌گیرشناسی انجام شده در هند نشان داد که در هر زمان ۲-۳ درصد از جمعیت کشور از بیماریهای بشدت ناتوان‌کننده روانی و صرع رنج می‌برند (مؤسسه ملی بهداشت روانی و علوم عصبی هند، ۱۹۹۰). بسیاری از این بیماران در مناطق روستایی دور دست زندگی می‌کنند و از هرگونه خدمات روانپزشکی نوین بی‌بهره‌اند. از این رو به منظور ارائه خدمات روانپزشکی به این نیازمندان، برنامه‌ای برای ارائه خدمات روانپزشکی در چهارچوب برنامه خدمات رسانی بهداشتی موجود مورد توجه قرار گرفت و از سال ۱۹۷۶ به مورد اجرا گذاشته شد

(بواله‌ری، ۱۳۷۱؛ سازمان جهانی بهداشت، ۱۳۷۱). هدف از اجرای این برنامه: ۱) شناسایی بیمارانی که از سایکوز و بیماری صرع رنج می‌برند، ۲) آغاز درمان در محیط خانه و با استفاده از ۵-۶ قلم داروهای اساسی، ۳) فراخواندن بیمار و اعضای خانواده به مرکز بهداشت روانی روستایی، و ۴) اجرای ارزشیابیهای دوره‌ای منظم از روند درمان بود. ارزشیابی دستاوردهای اجرای برنامه نشان داد که الف) بیشتر بیماران شناسایی شده در این برنامه بیماران مزمن بودند و از خدمات در دسترس بهداشت روانی در مؤسسه ملی بهداشت روانی و علوم عصبی هند در فاصله ۲۰-۵ کیلومتری استفاده ننموده بودند. ب) همه آنها امید به درمان را از دست داده بودند، بیشتر آنان در زمان شناسایی دارای علامتهای ناتوان‌کننده بیماری بودند، ج) اکثراً درمان در خانه را با پیگیریهای دوره‌ای پذیرفته بودند، د) بیماران اسکیزوفرنیک مزمن و شدید نسبت به روش درمان به خوبی پاسخ دادند، و ه) هزینه درمان با استفاده از چند داروی ارزان قیمت مانند کلرپرومازین و فنوباریتون کاهش یافت. روشهای کم و بیش مشابهی در دیگر کشورهای جهان از جمله یونان (ایرودیاکونو^(۷)، ۱۹۸۳) با ایجاد تیمهای روانپزشکی سیار برای شناسایی، درمان و پیگیری بیماران روانی در مناطق روستایی، فیلیپین (لردزلادریدو^(۸)، ۱۹۸۳) با ادغام ارائه خدمات روانپزشکی در نظام مراقبتهای اولیه بهداشتی، در سودان و پرو (ساتو^(۹)، کاسترو^(۱۰)، کوپز^(۱۱)، ۱۹۸۹) انجام گردیده است.

روش

این پژوهش از نوع پژوهشهای ارزشیابی کیفی و

- | | |
|-----------------|-------------------|
| 1- Munizza | 2- Pirfo |
| 3- Tibaldi | 4- Cortese |
| 5- Vidini | 6- Wright |
| 7- Ierodiakonou | 8- Lourdesladrido |
| 9- Sato | 10- Castro |
| 11- Lopes | |

کمی^(۱) بود. همانطور که بیان شد زمینه‌های بررسی در این پژوهش بسیار گسترده و متنوع بوده است. بخشی از پژوهش به برآورد میزان عملکرد، آگاهی و نگرش بهورزان مشغول به کار در شبکه مراقبت‌های بهداشتی اولیه اختصاص داشت. در این بخش ۲۶۶ نفر از بهورزان مشغول به کار در ۲۶۶ خانه بهداشت تحت پوشش طرح ادغام بهداشت روانی در مراقبت‌های بهداشتی اولیه که به صورت نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی انتخاب شده‌اند مورد بررسی قرار گرفته‌اند.

در زمینه بررسی عملکرد و نگرش پزشکان عمومی در مورد ارائه خدمات روانپزشکی و بهداشت روانی، ۹۱ پزشک عمومی که در ۹۱ مرکز بهداشتی - درمانی روستایی مشغول به کار بودند، انتخاب شده و پرستارهای مورد نظر را تکمیل نمودند.

برای اجرای بررسی مسیر مراجعه نخست از بین کلیه مطب‌های روانپزشکان کشور تعداد ۵۰ مطب (۳۰ مطب از تهران و ۲۰ مطب از شهرستانها از کل ۲۷۰ مطب خصوصی روانپزشکی کشور در هنگام اجرای پژوهش)، از بین ۵۸ درمانگاه روانپزشکی خصوصی کشور، ۲۶ درمانگاه، و از بین ۴۸ مرکز بستری روانپزشکی کشور نیز ۲۳ مرکز به تصادف انتخاب شده‌اند. در هر مطب، هر مرکز بستری و کلینیک تخصصی ۱۰ نفر از مراجعه‌کنندگان به آنها به صورت تصادفی به عنوان آزمودنی‌های پژوهش انتخاب شده‌اند. در مجموع ۹۲۴ نفر از مراکز یادشده انتخاب و مورد بررسی قرار گرفته‌اند.

به منظور بررسی میزان داروهای موجود در خانواده‌های مناطق شهری و روستایی همجوار مناطقی که طرح ادغام خدمات بهداشت روانی در مراقبت‌های بهداشتی اولیه در آنها اجرا گردیده است، ۷۳۷ خانوار به صورت تصادفی و براساس فهرست موجود خانوارها در مراکز بهداشتی - درمانی و خانه‌های بهداشت از سراسر کشور انتخاب شدند. به این خانه‌ها مراجعه شده و داروهای روانپزشکی موجود در آنها به وسیله پژوهشگران اعزامی از

تهران و کارشناسان بهداشت روان مشغول به کار در مراکز استان شناسایی و فهرست برداری شده است. همراه با این فعالیت، مشخصات افراد خانوار و برخی ویژگی‌های مصرف داروهای یاد شده توسط فرد یا برخی از افراد خانوار پرسیده شده است.

در ارزشیابی کیفی برنامه ابتدا کلیه کارشناسان و اساتید روانپزشکی اعزامی از سازمان جهانی بهداشت و کشورهای منطقه در دو روز پی‌درپی با کشور و برنامه بهداشت روانی کشوری آشنا شده، سپس با تشکیل ۴ تیم ارزشیابی متشکل از اساتید و کارشناسان سازمان جهانی بهداشت، روانپزشکان اعزامی از کشورهای منطقه، یک نفر از کمیته کشوری بهداشت روانی و یک نفر از دانشگاه‌های محل بازدید به مناطق روستایی استانهای تهران، گیلان، کرمان، چهارمحال بختیاری و اصفهان عزیمت و به بازدید برنامه و ارزشیابی در محل پرداختند. سپس یافته‌های پژوهش و مشاهدات محلی در یک کارگاه ۲ روزه بهداشت روانی با حضور بیش از ۴۰ نفر از روانپزشکان، روانشناسان بالینی و پژوهشگران کشوری به بحث و تبادل نظر گذاشته شد، که سازمان جهانی بهداشت گزارش نهایی خود را از این ارزشیابی در سند مستقلی منتشر و به دولت ایران ارائه داده است (سازمان جهانی بهداشت، ۱۹۹۶). ابزار مورد استفاده در این بررسی به شرح زیر بوده است:

- ۱- پرسشنامه عملکرد بهورزان، شامل ۲۸ پرسش در مورد برخی مشخصات بهورزان و فعالیت‌های انجام شده در زمینه بهداشت روان، شامل شناسایی بیماران روانی و معرفی آنها به سطوح بالاتر بهداشتی - درمانی، پیگیری بیماران و آموزش بهداشت روان به اهالی روستاهای تحت پوشش خدماتی خویش.
- ۲- پرسشنامه آگاهی بهورزان، شامل ۲۳ پرسش باز و بسته در مورد میزان آگاهی بهورزان نسبت به بیماری‌های روانی، صرع و عقب ماندگی ذهنی، علل بروز بیماری‌ها

و روشهای درمانی آنها.

۳- پرسشنامه نگرش بهورزان، شامل ۵۴ پرسش بسته در زمینه نگرش بهورزان، نسبت به بیماریهای روانی، صرع و عقب ماندگی ذهنی.

۴- پرسشنامه پزشکان عمومی و چکلیست مراکز بهداشتی - درمانی شامل ۵۸ پرسش باز و بسته مربوط به عملکرد پزشکان عمومی در مراکز بهداشتی - درمانی روستایی در ارتباط با برنامه ادغام ارائه خدمات بهداشت روانی در نظام مراقبتهای بهداشتی اولیه و مشکلات اجرایی برنامه در این مراکز بوده است.

۵- پرسشنامه مسیر مراجعه بیمار (ردپا)^(۱)، شامل ۱۵ پرسش باز و بسته پیرامون برخی مشخصات بیماران مراجعه کننده به مطبها و مراکز روانپزشکی کشور و چگونگی شیوه‌های درمانی قبلی توسط این بیماران درباره درمان مشکل یا مشکلات روانی فعلی بوده است.

۶- پرسشنامه وضعیت روز جامعه، شامل پنج پرسش باز و بسته در مورد مشخصات افراد خانواده و مشخصات داروهای روانپزشکی موجود در خانواده و مانند آن بوده است.

۷- پرسشنامه سطح تخصصی شهرستان، شامل ۸ پرسش باز و بسته در مورد وضعیت سطح تخصصی شهرستان و اطلاعاتی درباره تشخیص کلیه بیماران روانی مراجعه کننده به این سطح، تعداد افراد معرفی شده و اطلاعاتی درباره تشخیص بیماران روانی مراجعه کننده به این سطح، تعداد افراد معرفی شده از مرکز و به صورت مستقیم، همچنین بیماران مراجعه کننده در روز دوشنبه ۷۴/۷/۱۷ (سرشماری)^(۲) بوده است.

گفتنی است که چهارچوب برخی پرسشهای این پرسشنامه‌ها توسط کارشناسان سازمان جهانی بهداشت به منظور ارزشیابی برنامه پیشنهاد شده و سپس توسط گروهی از روانپزشکان کشور تنظیم و اعتبار صوری و

محتوایی آن تأمین گردید. آنگاه پس از ویراستاری و انطباق برخی از پرسشها با وضعیت فرهنگی ایران در یک بررسی راهنما در چند روستای شمال شهر تهران مورد ارزیابی قرار گرفت. پس از اجرای این بررسی راهنما، برخی از نارساییهای آنها از میان برداشته شده و سپس به طور همزمان در هفته سوم مهر ماه ۱۳۷۴ به وسیله گروهی از کارشناسان بهداشت روان استانها و پژوهشگران کارشناس و کارشناس ارشد روانشناسی بالینی اعزامی از تهران به استانهای مختلف، تکمیل گردیده است.

برای اجرای پژوهش، پس از تهیه و آماده‌سازی ابزار پژوهش، به شرحی که گذشت، با مراجعه به فهرستها و اطلاعات موجود در زمینه مراکز موجود روانپزشکی کشور، شامل مطبهای روانپزشکی، مراکز بستری و سرپایی ارائه خدمات روانپزشکی و شهرستانهایی که طرح ادغام بهداشت روانی در نظام مراقبتهای بهداشتی اولیه در آنها به مورد اجرا گذاشته شده، خوشه‌های نمونه انتخاب شده و هر یک از مراکز مورد بررسی به صورت تصادفی انتخاب گردیده است. پژوهشگران با در دست داشتن نام مراکز یاد شده، به شهرستانها مراجعه و با آزمودنیها پرسشنامه‌های مورد نظر را تکمیل نموده‌اند. برای نمونه با مراجعه به مطب روانپزشک یا روانپزشکانی که نام آنان از پیش مشخص شده بود، در حضور پرسشگر، با استفاده از لیست انتظار بیماران مطب، ۱۰ نفر از بیماران به صورت تصادفی انتخاب و پرسشنامه‌ها تکمیل گردیده است. در صورتی که تعداد مراجعین به مطب کمتر از ۱۰ نفر بوده است، مراجعه به آن مطب روزهای بعد تکرار شده است. همچنین نام مراکز بهداشتی - درمانی روستایی و نام خانه‌های بهداشت که در آنها باید با بهورزان مصاحبه انجام شود، از پیش تهیه شده و در اختیار پژوهشگران اعزامی به شهرستانها قرار گرفت. در هنگام تکمیل پرسشنامه‌ها، کارشناسان اعزامی که در مورد شیوه گردآوری اطلاعات و طرح پژوهش، آموزشهای لازم را

دریافت نموده بودند، نکات احتمالی مبهم را برای پاسخگویان توضیح داده‌اند. پس از گردآوری، اطلاعات مورد نظر با استفاده از نرم افزار EPI-6 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته و با استفاده از روشهای آماری توصیفی ارائه گردیده است.

یافته‌های پژوهش

همان طور که یادآوری شد در این پژوهش ارزشیابی کیفی و کمی ارائه خدمات روانپزشکی مورد توجه بود، که در این گزارش بیشتر به ارائه یافته‌های کمی پرداخته شده

است. اطلاعات مربوط به وضعیت بیماران شناسایی شده توسط بهورزان طی مدت مورد نظر در خانه‌های بهداشت در جدول ۱، ارائه گردیده است. همانطور که جدول نشان می‌دهد، ۷۲٪ بیماران صرعی، و ۶۳٪ بیماران شدید روانی شناسایی شده، تحت درمان همراه با پیگیری بوده‌اند. همچنین نشان می‌دهد که میزان شیوع بیماریهای روانی شناسایی شده (۶۰۹۹ بیمار) در جمعیت تحت پوشش بهورزان مورد بررسی ۱۲/۶ در هزار بوده است.

جدول ۱- توزیع فراوانی مطلق و نسبی بیماران شناسایی و پیگیری شده توسط بهورزان در خانه‌های بهداشت مورد بررسی (N=۲۶۶)

نوع اختلال	فراوانی موارد شناسایی شده	تعداد در هزار در جمعیت* تحت پوشش	موارد تحت درمان	
			با پیگیری	بدون پیگیری
	تعداد	درصد	تعداد	درصد
شدید روانی	۵۵۹	۱/۱۵	۳۵۴	۶۳
صرع	۱۰۸۶	۲/۲۵	۷۸۴	۷۲/۲
عقب ماندگی ذهنی	۱۲۵۶	۲/۶	۹۱	۷/۳
خفیف روانی	۲۵۸۶	۵/۳۵	۸۴۷	۳۲/۶
سایر موارد	۶۰۳	۱/۲۵	۱۵۵	۲۵/۷
جمع کل	۶۰۹۰	۱۲/۵۹	۲۲۳۱	۴۹۳

* جمعیت تحت پوشش خانه‌های بهداشت مورد بررسی در سراسر کشور ۴۸۳۴۶۵ نفر بوده است.

نمرات به دست آمده از بررسی آگاهی و نگرش بهورزان در جدول ۲، ارائه گردیده است. همان طور که در جدول مشاهده می‌شود، آگاهی بهورزان در زمینه درمان بیماریهای روانی (۹) و بیماری صرع (۷/۳) بیش از سایر موارد بوده است و بیشترین نگرش مثبت را نیز در این دو مورد داشته‌اند (۱۲/۳ و ۱۱/۲).

این بررسی نشان داد که عدم همکاری عمومی، مشکلات مادی مردم، نبود تسهیلات آموزشی از مشکلاتی بوده است که بهورزان در زمینه اجرای طرح ادغام

بهداشت روانی با آن روبرو بوده‌اند، و برای از میان برداشتن این مشکلات پیشنهادهایی به شرح زیر ارائه نموده‌اند: فراهم نمودن امکانات آموزشی، اعمال نظر بیشتر از سوی پزشکان مراکز بهداشتی - درمانی روستایی بر شیوه عملکرد بهورزان، تشویق بیشتر بهورزان و کاستن بار کاری ایشان و حمایت بیشتر از بیماران.

در زمینه عملکرد پزشکان عمومی مراکز بهداشتی - درمانی روستایی، یافته‌های این پژوهش نشان داد که ۸۲۸۳ بیمار که دارای مشکلات روانشناختی - رفتاری

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار نمرات آگاهی و نگرش بهورزان مورد بررسی (N=۲۶۶)

متغیرها	بیشترین نمره ممکن	میانگین	انحراف معیار
آگاهی			
شناخت علایم افسردگی	۵	۲/۸	۱/۲۱
شناخت سایر بیماریهای روانی	۱۲	۳/۹	۱/۷۶
درمان بیماریهای روانی	۱۲	۹	۲/۶۸
صرع	۱۲	۷/۳	۲/۴۳
ارجاع بیماران روانی	۵	۲/۱	۱/۱۸
عقب ماندگی ذهنی	۸	۴/۸	۱/۹۳
نگرش			
به بیماران روانی	۹	۷/۷	۱/۲۱
به بیماریهای روانی	۱۹	۱۲/۳	۱/۹
به صرع	۱۳	۱۱/۲	۱/۸
به عقب ماندگی ذهنی	۵	۴/۱	۰/۸۳

موجود در زمینه ارائه خدمات مربوط به بهداشت روانی توسط پزشکان عمومی عبارت بوده از: نبود فرهنگ پذیرش از سوی مردم، مشکلات مربوط به ارجاع بیماران به سطوح بالاتر درمانی، مشکلات مربوط به پیگیری بیماران، نبود هماهنگی و همکاری مؤثر بین بخشهای مختلف، سنگین بودن هزینه‌های مربوط به سطح سوم درمان، مشکلات مربوط به دارو و مشکلات مربوط به تشخیص و درمان.

همان طور که بیان شد بررسی ردپای بیماران مراجعه کننده به مراکز روانپزشکی کشور بخشی از پژوهش حاضر بوده است. در این مورد یافته‌ها نشان داد که بیشترین افراد مورد بررسی از سوی خانواده و دوستان (۴۹٪) به مراکز روانپزشکی ارجاع شده‌اند (جدول ۳).

نتایج به دست آمده همچنین گویای آن است که ۸۵/۹ درصد از افراد مورد بررسی در نخستین اقدام برای درمان بیماری روانشناختی فعلی خویش به مراکز پزشکی (اعم از مطب روانپزشکان، درمانگاههای روانپزشکی، پزشکان عمومی و یا مراکز بهداشتی - درمانی روستایی) مراجعه

بوده‌اند به این مراکز مراجعه و توسط پزشکان عمومی دیده شده‌اند. از این تعداد ۳۱۳۰ نفر به علت بیماریهای نوروتیک، ۱۵۲۲ نفر به علت بیماری صرع و ۱۴۹۱ نفر به دلیل عقب ماندگی ذهنی و ۱۲۳۰ نفر به دلیل اختلالهای پسیکوتیک مراجعه نموده‌اند.

گفتنی است که در زمینه درمان فوریتهای روانپزشکی، پزشکان عمومی مورد بررسی توانسته‌اند ۳۹ مورد بیماران مبتلا به تشنج، ۳۹ مورد بیمار هیستریک، ۲۲ مورد حالت‌های تحریکاتی و ۲۰ مورد اقدام به خودکشی و ۱۵ مورد از سایر موارد فوریتی را تحت درمان قرار دهند.

از جمله دیگر فعالیتهای انجام شده توسط پزشکان عمومی در مراکز بهداشتی - درمانی روستایی به ترتیب اولویت می‌توان از آموزش به خانواده‌های دارای بیمار روانی، ارجاع بیماران به سطوح بالاتر درمانی، فعالیتهای اجرایی، آموزش به بهورزان، ارائه خدمات مشاوره‌ای و حمایتی به بیماران، بیماریابی و تشخیص بیماران دارای مشکلات روانی، نام برد.

یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد که بیشترین مشکلات

جدول ۳- توزیع فراوانی مطلق و نسبی افراد مورد بررسی برحسب چگونگی ارجاع به مراکز روانپزشکی کشور (N=۹۲۳)

منابع ارجاع	فراوانی	درصد
خانواده و بستگان	۳۰۳	۳۲/۸
دوستان و آشنایان	۱۵۲	۱۶/۵
روانپزشک	۱۰۵	۱۱/۲
خود بیمار	۹۳	۱۰/۱
پزشک عمومی	۵۱	۵/۵
پزشک متخصص	۲۱	۲/۲
مراکز قضایی	۳۱	۳/۴
بنیاد جانبازان، بهزیستی، کمیته امداد، مدرسه	۲۹	۳/۱
بیمارستان عمومی (درمانگاه)	۲۳	۲/۵
بیمارستان تخصصی و درمانگاه	۲۰	۲/۲
ارجاع از مراکز	۱۰	۱/۱
سایر	۶۵	۷
جمع	۹۲۳	۱۰۰

بهداشت روانی - و مرکز همکاریهای سازمان جهانی بهداشت در بهداشت روانی در انستیتو روانپزشکی تهران آمده که در اینجا شرح داده نمی‌شود (سازمان جهانی بهداشت، ۱۹۹۶).

جدول ۴- توزیع فراوانی داروهای موجود در خانواده‌ها برحسب نوع دارو و شیوه مصرف آنها (N=۷۳۷)

نوع دارو	فراوانی	شیوه مصرف	
		مرتب	نامرتب
دیازپام	۱۹/۸	۳/۷	۸/۵
کلردیازپوکساید	۱۲/۹	۲/۷	۲/۲
ایمی پرامین	۱۰/۳	۲/۸	۳/۱
تری فلوپرازین	۸/۹	۲/۲	۲/۸
اکسازپام	۸/۸	۱/۸	۳/۲
آمی تریپتیلین	۸/۷	۲	۲/۷
فتویاریتال	۲/۶	۰/۹	۰/۵

نموده‌اند و تنها ۱۴/۱ درصد، درمانگران سنتی، دهانویسان و دیگر روشهای درمانی سنتی را برگزیده‌اند. همچنین که ۳۶/۱ درصد افراد مورد بررسی در طول مدت بیماری خویش به درمانگران سنتی مراجعه نموده‌اند و ۶۳/۹ درصد افراد در طول مدت بیماری خود تنها به مراکز پزشکی مراجعه نموده و هرگز به درمانگران سنتی مراجعه ننموده‌اند.

اطلاعات به دست آمده در زمینه نوع داروهای مورد استفاده در روانپزشکی، موجود در خانواده‌ها در جدول ۴ ارائه گردیده است. داده‌های ارائه شده در جدول نشان می‌دهند که داروی دیازپام در ۱۹/۸ درصد از خانواده‌های مورد بررسی وجود داشته است. پس از آن کلردیازپوکساید قرار داشته که در ۱۲/۹ درصد خانواده‌ها مشاهده گردیده است.

یافته‌های مربوط به بررسی کیفی همچنانکه گفته شد در گزارش مستقل سازمان جهانی بهداشت و موجود در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی - اداره

بحث در نتایج

همان طور که عنوان گردید هدف اصلی پژوهش حاضر بررسی وضعیت موجود ادغام بهداشت روانی در نظام مراقبتهای بهداشتی اولیه در کشور از جمله آگاهی، نگرش و عملکرد بهورزان و پزشکان عمومی در زمینه ارائه خدمات بهداشت روانی بوده است. نتایج به دست آمده در این زمینه نشان می دهد که میزان بیماران شناسایی شده در جمعیت زیر پوشش (۱۲/۶ در هزار) با برخی از بررسیهای مشابه در دیگر کشورها قابل مقایسه است. بررسی حاضر نشان داد که در ۴۸۳۴۶۵ نفر جمعیت زیر پوشش خدمات بهداشت روانی، ۵۵۹ بیمار شدید روانی (۱/۱۵ در هزار)، ۱۰۸۶ نفر بیمار صرعی (۲/۲۵ در هزار) و ۱۲۵۶ نفر عقب مانده ذهنی (۲/۶ در هزار) شناسایی شده اند. در بررسی مشابهی که در کشور نپال انجام شد (رایت، ۱۹۹۰) در ۷۸۵۲۷ نفر جمعیت زیر پوشش، ۹۳ بیمار شدید روانی (۱/۱۸ در هزار)، ۱۴۵ بیمار صرعی (۱/۸۴ در هزار) و ۳۷ عقب مانده ذهنی (۰/۴۷ در هزار) گزارش گردیده است. بنابر این در زمینه شناسایی بیماران شدید روانی دو بررسی بسیار به یکدیگر نزدیک اند.

در زمینه آگاهی و نگرش نتایج بررسی حاضر نشان داد که تفاوت زیادی بین نتایج این دو مطالعه مشاهده می شود. بیش از نیمی از بهورزان مورد بررسی بیشتر از ۵۰ درصد نمرات مربوطه را کسب نموده اند که می توان آنرا به عنوان سطح خوبی از آگاهی نسبت به اصول اساسی بهداشت روانی تلقی کرد. در عین حال نتایج این پژوهش نشان داد که سطح آگاهی بهورزان در چند زمینه از جمله ارجاع بیماران شدید روانی و صرعی نمره ای کمتر از ۵۰ درصد مجموع نمره ها را کسب کرده اند که خود نشان دهنده سطح آگاهی کمتر این افراد در این زمینه است. در زمینه بررسی نگرش بهورزان نسبت به بهداشت روانی نتایج پژوهش نشان داد که این افراد تقریباً نگرش مثبتی نسبت به بیماران روانی، بیماریهای روانی و درمان این بیماران

دارند. این نتایج در مقایسه با نتایج به دست آمده در بررسیهای هند (مؤسسه ملی بهداشت روانی و علوم عصبی هند، ۱۹۹۰) که از بررسی میزان آگاهی کارکنان چند پیشه مشغول به کار در مراکز مراقبتهای بهداشتی اولیه آن کشور به دست آمده تا اندازه ای همخوانی دارد. نتایج پژوهش یاد شده در هند نشان می دهد که در مورد پاره ای از پرسشها پاسخهای درست کارکنان چند پیشه هندی، نسبت به بررسی حاضر بیشتر بوده است. برای نمونه در پاسخ به این پرسش که "آیا بیماریهای روانی مسری است"، درصد بالایی از آنان پاسخ درست داده اند. همچنین در پاسخ به این پرسش که "آیا بیماران روانی عمداً دست به اعمال مختلف می زنند" نیز درصد بالایی پاسخ درست داده اند. در زمینه درمان بیماریهای روانی نتایج دو بررسی به هم نزدیک اند. یافته های پژوهش هشتگرد (بوالهروی، محیط، ۱۳۷۵) نیز نشان می دهند که ۹۱ درصد بهورزان در پرسشنامه مربوط به نگرش و آگاهی، نمره ای بالاتر از $\frac{2}{3}$ نمرات ممکن را به دست آورده اند.

همان طور که اشاره شد در مدت اجرای طرح بهداشت روانی عملکرد بهورزان در زمینه بیماریابی، معرفی آنها به سطوح بالاتر درمانی و پیگیری توصیه های درمانی پزشکان عمومی مشغول به کار در مراکز بهداشتی - درمانی روستایی به موفقیتهایی دست یافته اند. نتایج پژوهش حاضر با نتایج پژوهش هشتگرد و دیگر پژوهشهای انجام شده در ایران (شاه محمدی، ۱۳۶۹؛ حسن زاده، ۱۳۷۱) و دیگر کشورها از جمله هند (مؤسسه ملی علوم بهداشتی و عصبی هند، ۱۹۹۰) و نپال (رایت، ۱۹۹۰) قابل مقایسه است. در این بررسیها نیز نشان داده شده که آموزش اصول اساسی بهداشت روانی به بهورزان در زمینه های یاد شده، آنان را به موفقیتهای چشمگیری نایل گردانیده است. در ارتسباط با عملکرد پزشکان عمومی در زمینه تشخیص، درمان و ارجاع موارد روانپزشکی به سطوح بالاتر تخصصی، نتایج پژوهش حاضر نشان داد که از مجموع ۶۶۲۵ بیماری که در مراکز بهداشتی - درمانی

روستایی با ارجاع از سوی بهورزان و یا با مراجعه مستقیم توسط پزشکان عمومی دیده شده‌اند، ۲۲۹۹ مورد (۳۴/۷٪) را بیماران نوروتیک و ۱۳۰۸ مورد (۱۹/۷٪) را عقب مانده‌های ذهنی تشکیل داده‌اند. نتایج همچنین نشان دهنده آن هستند که تنها ۲۰ درصد بیماران روانپزشکی مراجعه کننده به مراکز بهداشتی - درمانی روستایی توسط پزشکان عمومی به منظور بررسی دقیقتر به سطح تخصصی بالاتر ارجاع شده‌اند. و ۸۰ درصد بیماران را خود تحت درمان قرار داده‌اند. این یافته پژوهش گویای اهمیت طرح ادغام بهداشت روانی در مراقبتهای اولیه بهداشتی در زمینه پیشگیری از مراجعه کلیه بیماران روانی، اعم از بیماران نوروتیک، صرعی، عقب مانده ذهنی و سایکوتیک به مراکز تخصصی می‌باشد، زیرا مراجعه بیماران از مناطق روستایی دورافتاده به آن مراکز با مشکلات فراوانی همراه است. یافته‌های پژوهش همچنین نشان داده است که از مجموع ۸۲۸۳ بیمار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی - درمانی روستایی ۶۶۲۵ مورد از طریق خانه‌های بهداشت ارجاع شده‌اند. این یافته پژوهش می‌تواند نشان دهنده جایگاه خانه‌های بهداشت در نظام بهداشتی - درمانی کشور باشد. مهمترین مشکلاتی که پزشکان عمومی در زمینه اجرای طرح ادغام بهداشت روانی در مراقبتهای بهداشتی اولیه با آن روبرو بوده‌اند، به ترتیب اهمیت، نبود پذیرش فرهنگی، وجود مشکلاتی در زمینه ارجاع و پیگیری بیماران و نبود هماهنگی بین بخشهای مختلف اجرایی بوده است. نکات مهمی که در ارزشیابی کیفی و مشاهده حضوری به خوبی دیده می‌شد و نیاز به توجه جدی مسئولین دارد. نتایج بررسی میزان عملکرد پزشکان در پژوهش انجام شده در هند (مؤسسه ملی بهداشت روانی و علوم عصبی بنگلور، ۱۹۹۰) نشان می‌دهد که پس از یک دوره آموزش روانپزشکی، عملکرد پزشکان عمومی شرکت کننده در این دوره‌ها بهبود قابل ملاحظه‌ای پیدا نموده است. نظر به اینکه پژوهش انجام شده در هند از نظر روش

شناسی تفاوت‌های اساسی با پژوهش حاضر دارد، امکان مقایسه یافته‌های این دو بررسی به صورت دقیق میسر نیست، اما یک برداشت کلی از نتایج این دو نشان می‌دهد که از نظر موفقیت پزشکان عمومی در ارائه خدمات بهداشت روانی به جامعه تفاوت زیادی با یکدیگر ندارند. بررسی مسیر مراجعه (ردپا) بیماران مراجعه کننده به مطب روانپزشکان و مراکز روانپزشکی کشور نشان داد که گرچه درصد بالایی از بیماران مورد بررسی (۸۷/۴٪) در نخستین اقدام خود برای درمان مشکل روانپزشکی فعلی خویش به مراکز پزشکی مراجعه نموده‌اند، اما اعتقاد و مراجعه به درمانگران سنتی هنوز به دلایلی در کشور ما بخشی از بیماران روانی را به استفاده از شیوه‌های مختلف درمانهای سنتی از جمله گرفتن دعا، مصرف داروهای گیاهی و دیگر شیوه‌های درمان غیر پزشکی سوق می‌دهد. این یافته پژوهش با یافته‌های پژوهشهای مشابه (گیتیر، سوسا، بارینتوز و دیگران، ۱۹۹۱؛ شاه محمدی، ۱۳۶۹؛ اپودون، ۱۹۹۵) همخوانی و مطابقت دارد. نظر به اهمیتی که مراجعه سریع بیماران روانی در ابتدای بروز نشانه‌های بیماری به پزشک و دریافت خدمات درمانی مناسب در بهبود حال ایشان دارد، این یافته پژوهش دارای اهمیت تلقی می‌شود. این پژوهش همچنین نشان داد که بیشترین افراد مورد بررسی (۴۹٪) توسط آشنایان و بستگان خویش به مراکز روانپزشکی ارجاع داده شده‌اند و تنها ۵/۷ درصد به وسیله مراکز بهداشتی - درمانی و ۵/۷ درصد به وسیله پزشکان عمومی به مراکز روانپزشکی ارجاع شده‌اند. این یافته نیز نشاندهنده ضرورت آموزش همگانی بهداشت روان و آموزش پزشکان عمومی در بهره‌گیری بهینه از خدمات موجود روانپزشکی است.

بررسی وضعیت روز جامعه نشان داد که در ۱۹/۸ درصد از منازل روستایی مورد بررسی کشور قرص دیازپام، ۱۲/۹ درصد قرص کلردیازپوکساید مشاهده گردیده است (جمعاً ۳۲/۷٪). داروهای ایمنی پرامین، تری فلوپرازین و اکسازپام از نظر فراوانی موارد مشاهده

شده به ترتیب در درجه سوم، چهارم و پنجم اهمیت قرار داشته است. در ۱/۰ درصد از خانه‌های مورد بررسی نیز آمپول فلوفنازین مشاهده گردیده است. وجود داروهای بنزودیازپینی در بسیاری از خانه‌های روستایی، احتمالاً می‌تواند ناشی از مصرف نابجای دارو یا بکارگیری تنها درمانهای دارویی باشد که نیاز به توجه دقیق‌تر به این پدیده مهم دارد. در پایان لازم به اشاره است که انجام کشوری این بررسی محدودیتها و موانع زیاد اجرایی، تنوع متغیرهای مورد بررسی، بودجه مختصر و زمان اجرایی بسیار محدود بررسی (۲ ماهه) موجب کاستیهایی در یافته‌ها شده است که لازم است تعمیم نتایج با احتیاط تلقی شده و برای هر یک بررسیهای جدیدی به اجرا درآید.

قدردانی و تشکر

بدینوسیله از سازمان جهانی بهداشت، منطقه شرق مدیترانه بدلیل حمایت فنی و مالی و حضور فعال در تمام مراحل اجرای برنامه، از حوزه معاونت بهداشت وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی بویژه اداره کل مبارزه با بیماریها، از مراکز بهداشت استانهای کشور، از بخش پژوهش انستیتو روانپزشکی تهران، همچنین آقایان دکتر هاراطون داویدیان، دکتر حسین ملک افضلی، دکتر فریدون مهرابی، دکتر مهدی بینا، دکتر کامل شادپور، دکتر محمد آسایی، دکتر عمران رزاقی، دکتر محسن نقوی، دکتر سید علی احمدی ابهری، دکتر سیداکبر بیان زاده، دکتر محمدرضا صادقی و خانم دکتر یاسمن متقی پور بدلیل حمایت مادی، علمی و مشاوره‌ای خود و بویژه از آقای مجتبی احسان منش به خاطر گردآوری اطلاعات و بازنگری پیشینه پژوهشی که انجام این پژوهش را میسر نمودند قدردانی می‌گردد. همچنین از کلیه کارکنان نظام مراقبتهای بهداشتی اولیه بویژه بهروزان منطقه مورد بررسی قدردانی می‌شود.

منابع

- بوالهری، جعفر (۱۳۷۱). برنامه بهداشت روانی در هند، تجربه ۱۰ ساله از یک مرکز بهداشت روانی روستایی (۸۶-۱۹۷۶).
- مجله دارو و درمان، سال دهم، شماره ۱۱۰، صص ۸-۱۲.
- بوالهری، 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، ۲۵-۱۶.
- حسن زاده، مهدی (۱۳۷۱). بررسی ادغام بهداشت روانی در شبکه شهرضا. دارو و درمان، سال دهم، شماره ۱۱۰.
- سازمان جهانی بهداشت (۱۳۷۱). مدیریت و سازماندهی خدمات بهداشت روانی. ترجمه: دکتر جعفر بوالهری. مجله دارو و درمان، سال دهم، شماره ۱۱۰، صص ۸-۱۱.
- شاه محمدی، داود (۱۳۶۹). گزارش جامع از پروژه تحقیقی ادغام بهداشت روانی در مراقبتهای بهداشتی در روستاهای شهرکرد.
- شاه محمدی، داود؛ ملک افضلی، حسین (۱۳۷۲). بررسی تأثیر آموزش بهداشت روان بر میزان بیماریابی و صحت و تشخیص عناصر پایه‌ای نظام مراقبتهای بهداشتی اولیه. ارائه شده در چهارمین کنگره پژوهشهای روانپزشکی و روانشناسی در ایران. تهران، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی.
- مرکز آمار ایران (۱۳۷۶). سرشماری عمومی نفوس و مسکن سال ۱۳۷۶، نتایج تفصیلی کل کشور - ۱. تهران: مرکز آمار ایران.
- Abiodon, O. A. (1995). Pathways to mental health care in Nigeria. *Psychiatric Services*, 46, 823-7.
- Gater, R., Goldberg, D. (1991). Pathways to psychiatric care in south Manchester, *British Journal of Psychiatry*, 159, 90-6.
- Ierodiakonou, C. S. (1984). Mental health and primary care in Greece. *World Health Forum*, 5, 120-2.
- Kemali, D., Maj, M., & Crepet, P. (1991). Hospital and community psychiatric care in Italian cities after the reform law. *Mental health and deviance in inner cities*. Geneva: WHO.

- Lourdes Ladrado, I. (1983). Primary health care in developing countries. Manila VII World Congress of Psychiatry, Vienna.
- Malekafzali, H. (1994). The health situation of mothers and children in the Islamic Republic of Iran. Tehran: Ministry of Health and Medical Education.
- Munizza, C., Pirfo, E., Tibaldi, G., Cortese, M., Vidini, N., & Romano, C. (1993). Patterns of inpatient care in a metropolitan area after Italy's deinstitutionalization law. *New Trends in Experimental and Clinical Psychiatry*, 9, 23-30.
- National Institute of Mental Health and Neurosciences (1990). *Training of PHC personnel in mental health care experiences*. Bangalore: NIMHANS.
- Sato, T., Castro, R., & Lopes, J. (1989). Evaluation of the community mental health program in Lima. VIII World Congress of Psychiatry, Athen.
- WHO, (1975). Mental health services in Eastern Mediterranean countries, *WHO chronicle*, 29, 331-5.
- WHO (1990). The work of WHO in the Eastern Mediterranean Region, a report of the Regional Director Geneva: WHO.
- WHO (1996). *Report of the workshop on evaluation of National Mental Health Programme of the I. R. IRAN*. Geneva: WHO.
- Wright, C. (1990). *Five years of community mental health services: an evaluation report*. Katmandu: Mental Health Program United Mission to Nepal.

