

گزارش پی گیری ۴ ساله طرح بهداشت روانی کشور در یک منطقه ۲۲۰۰۰ نفری شمال شرق ایران

A Four-Year Follow-up Report of an Epidemiological Study on the Country's Mental Health Program in a 22,000 Populated Region of Northeast Iran

S.A.Hosseini, M.D*, J.Bahadorkhan, M.S, Habibi.S.M, B.S

Our first report on the epidemiological and follow-up study on the country's mental health program was published in 1993. The field situation of this study was a 22,000 populated urban/rural area north of Mashhad.

The aim of our follow-up study can be summarized as follows:

1. To examine the mental health needs in rural/urban primary health care centers.
2. To evaluate the usefulness of the program at different levels of health services.
3. To assess the place and ability of paraprofessionals in case finding and follow-up of psychiatric cases.
4. To check the rate of follow-up after four years of applying the program.

Method: Data collection was done on the basis of studying case records either in rural health houses, Torghaba Health Center and Mental Health Clinic, by two clinical Psychologists holding B.S. degrees who were engaged in the community mental health program. For this purpose a special questionnaire was elicited from the W.H.O. sheet for psychiatric outpatients with some changes according to our cultural and local needs.

In the Iranian community mental health program, follow-up of psychoses and epilepsy is mandatory; and this requirement is met by completing a special sheet for the follow-up of mental health problems either in rural houses or Health Center and Mental Health Clinic.

During the follow-up, 412 psychiatric cases were discovered of which 245 cases were diagnosed in the first year of follow-up, and that report was published previously. Patients' ages were as follow: 20% under 10 years; 16.46% between 10-14 y; 19.2% between 15-24 y; 17.26% between 25-34 y; 12.85% between 35-44 y; 8.03% between 45-54 y; 4.41% between 55-64 y; and 1.6% over 65 y.

Family status, level of education, economic status, occupation and the history of psychiatric disturbances in the family have been reported in the paper.

7.28% of cases were obligatory referrals, 74.27% were voluntary, and 17.96% were under the age of 6 years.

The gap between the beginning of psychiatric disorders and clinical diagnoses was as follows: 11.8% less than one year; 15.9% between 1-3 y; and 72.2% over 3 y.

* Prof. of Psychiatry, Mashhad Univ. of Medical Sciences



Clinical diagnoses were made according to the ICD9 as follows:

- Organic psychotic conditions (290)& transient and chronic organic psychotic conditions (293-294) 20.63%.
- Schizophrenic psychoses (295) 3.39%
- Affective psychoses (296) 5.82%
- Neurotic disorders (300) 20.63%
- Mental retardation (317) 28.39%
- Other diagnoses 7.03%

Rate of disablement:

- 59.46% of cases were able to work and had jobs;
- 9.95% were able to work but jobless
- 14.32% had degrees of disablement
- 17.96% were under the age of 6 y.

According the need to mental health facility:

- 3.64% psychiatric wards
- 61.16% psychiatric outpatient care
- 0.72% outpatient medical care
- 2.91% day care
- 2.18% hospitals for chronic cases and elderly
- 7.76% mental retardation rehabilitation centers
- 6.55% special schools for mental retards
- and for 15.4% no change was needed.

The follow-up rate:

- 100% for psychoses from 1-4 years
- 88% for epileptics for the first year
- 76% for epileptics for the second year
- 80% for epileptics for the third year
- 37.5% for epileptics for the fourth year
- 43.3% for mental retards for the first year
- 25.3% for mental retards for the second year
- 13.4% for mental retards for the third year
- 12.5% for mental retards for the fourth year.

The diagnoses were compared by some native and foreign studies. This study showed that the country's mental health program was successful in its four main goals. Mental health needs were discovered statistically. The ability of this program was proven in an overestimated rate. The role of paraprofessionals (BehvarZ) shined in a miraculous trend. The rate of follow-up was really out of expectation. Because the main worker in this study had a one-year follow-up study in the university psychiatric ward (in the lack of country mental health program) and the results were as follows:

- 41.3% after one month
- 17.4% after 3 months
- 7.2% after 6 months
- only 1.2% after one year.

KeyWords : Country mental health program rural – Urban. Community mental health preventive psychiatry . foollow- up .

مقدمه :

طرح بهداشت روانی کشوری که اساس آن ادغام بهداشت روانی در بهداشت عمومی است از سال ۱۳۶۹ به عنوان جزء نهم مراقبت های اولیه بهداشتی جمهوری اسلامی به تصویب رسید و به تدریج در کل کشور پیاده شد. قبل از تصویب، طرح نمونه آن به همت دوست و همکار گرامی فقید مرحوم دکتر شاه محمدی در شهرکرد انجام گردید و به دنبال آن در چند منطقه دیگر به طور آزمایشی پیاده شد. طرح ما در استان خراسان که در یک منطقه شهری روستائی اطراف مشهد انجام شد از گروه دوم بود که نقشه جغرافیائی آن در شکل شماره ۱ و تعداد جمعیت آن در جدول شماره ۱ مشاهده می گردد.

گزارش پی گیری ۴ ساله طرح بهداشت روانی کشوری در یک منطقه ۲۲۰۰۰ نفری شمال شرق ایران

دکتر سید ابوالقاسم حسینی

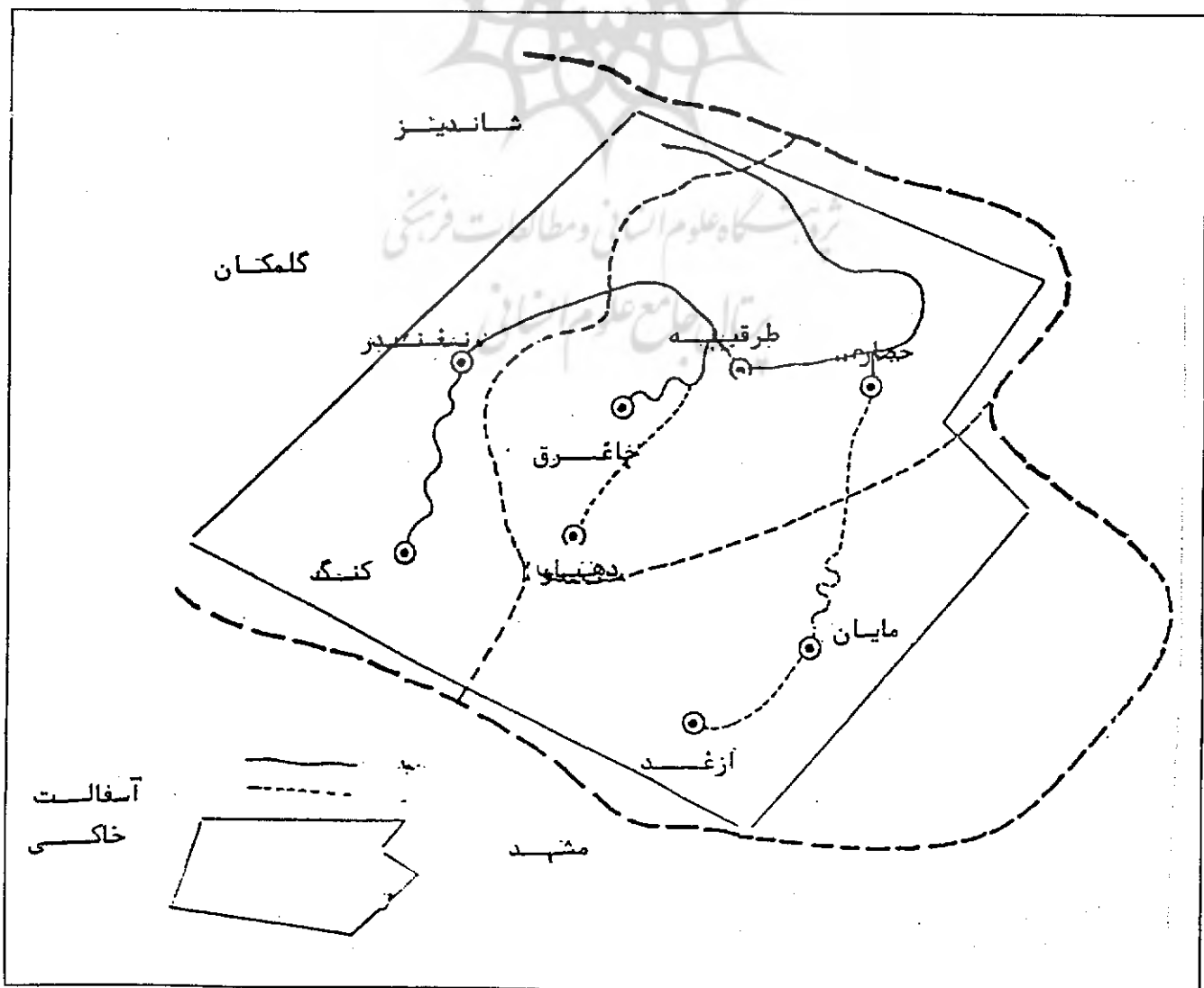
استاد روان پزشکی - دانشگاه علوم پزشکی مشهد

جواد بهادر خان

کارشناس ارشد روان شناسی بالینی

سید محمد حبیبی

کارشناس روان شناسی بالینی



شکل شماره ۱ - نقشه منطقه تحت بررسی

جدول شماره ۱: جمعیت شهری و روستائی منطقه
تحت بررسی

مرد	زن	مناطق شهری یا روستائی
۴۴۶۸ نفر	۴۲۶۷ نفر	طرقه (۱۰ کیلومتر)
۷۴۹ نفر	۷۵۹ نفر	دهبار (۳۵ کیلومتر)
۴۶۳ نفر	۱۱۴۱ نفر	کنک (۲۰ کیلومتر)
۴۶۳ نفر	۴۸۱ نفر	ازغند (۳۲ کیلومتر)
۸۱۲ نفر	۸۳۴ نفر	مایان (۳۰ کیلومتر)
۱۶۴۹ نفر	۱۶۱۰ نفر	حصار (۱۰ کیلومتر)
۴۹۸ نفر	۴۵۹ نفر	نقندر (۲۰ کیلومتر)
۱۱۶۹ نفر	۱۱۲۷ نفر	جاغرق (۱۵ کیلومتر)

ترجمه آن با تغییراتی در مجله دانشگاه علوم پزشکی مشهد
منتشر گردید (۱۵ و ۶).

اساس طرح ما ادغام بهداشت روانی در بهداشت عمومی و
براساس ضوابط روان پزشکی اجتماعی قرار دارد که به
صورت زیر خلاصه می گردند:

۱- مسئولیت نسبت به جمعیت مشخص و بیماریابی

براساس علائم ابتدائی بیماری ها

۲- تهیه امکانات بهداشت و درمان نزدیک محل
اقامت بیمار

۳- ایجاد مراکز خدماتی جامع

۴- گروه درمانگر متشکل از نظام های مختلف

۵- تداوم مراقبت

۶- شرکت افراد مصرف کننده خدمات

۷- پیش گیری بیماری ها

۸- استاندارد کردن تشخیص ها و طبقه بندی علائم

۹- تقسیم بندی مسئولیت ها و نیازهای پرسنلی

۱۰- جمع آوری اطلاعات

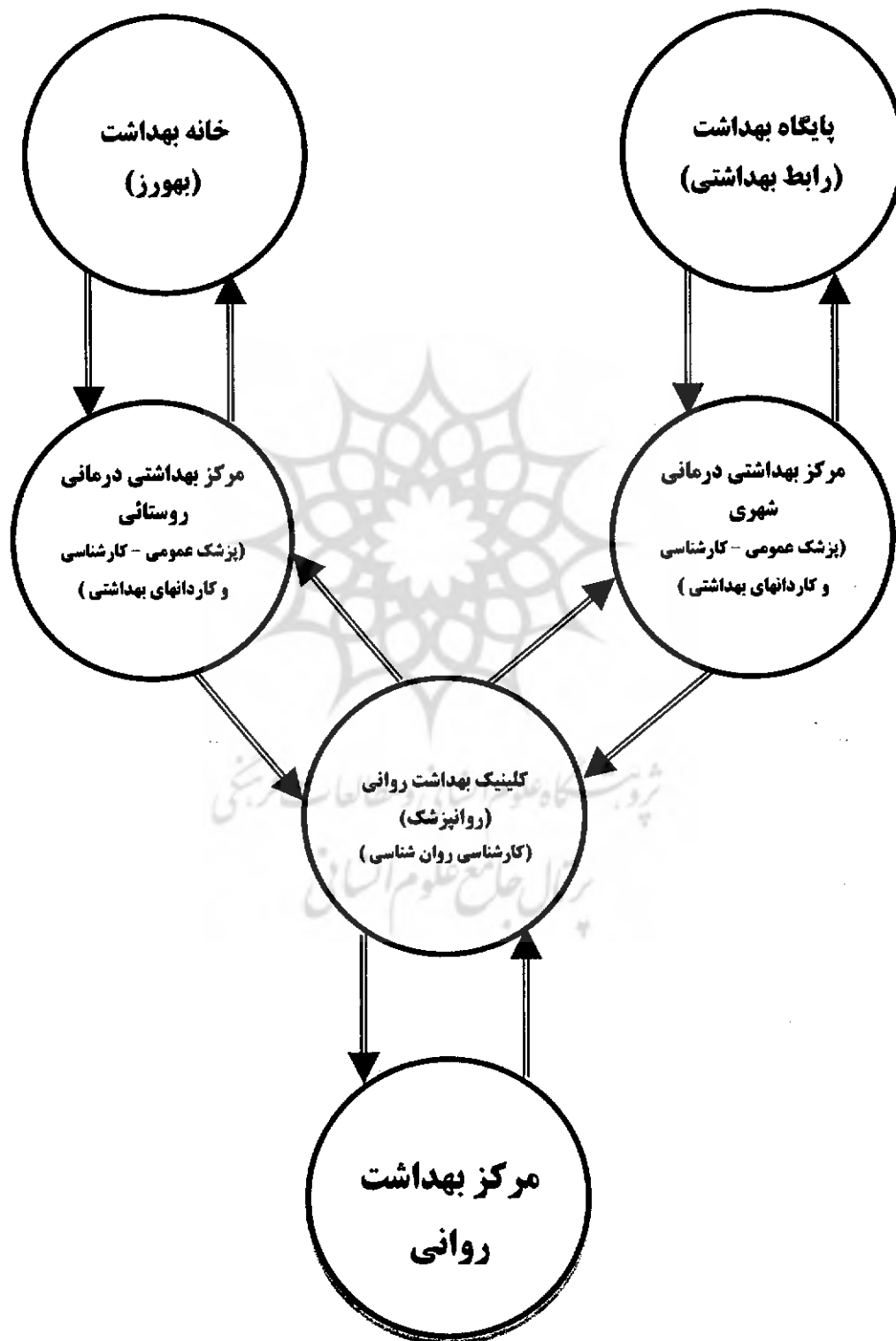
۱۱- انجام مطالعه در حوزه های اجتماعی

۱۲- ارزیابی فعالیت ها و توجه به شاخص های
بهداشتی (۱۶).

خوشبختانه زمینه پیاده کردن این طرح در کشور وجود
داشت که همان شبکه بهداشت و درمان می باشد و طبق
دیاگرام شماره (۱) فعالیت ها انجام می شوند.

شروع پژوهش ما در آذرماه ۱۳۶۸، پی گیری یکساله در آذرماه
۱۳۶۹، پی گیری دو ساله آذرماه ۱۳۷۰، پی گیری سه ساله در
آذر ماه ۱۳۷۱ و پی گیری ۴ ساله در آذرماه ۱۳۷۲ انجام
پذیرفت.

گزارش شش ماهه این بررسی در سال ۱۹۹۰ به هشتمین
کنفرانس جهانی روان پزشکی پاکستان انجام و منتشر گردید
(۵). گزارش یک ساله در مجله جمهوری اسلامی ایران و



دیاگرام شماره ۱: نمودار بیماریابی و پی گیری در طرح بهداشت روانی کشور

تعدادی از مراجعان را پزشک عمومی درمان می کند و مابقی را به کلینیک بهداشت روانی معرفی می کند. روان پزشک حاضر در کلینیک بهداشت روانی پس خوراند

بیمار یابی در روستا به وسیله بهوز و در شهر به وسیله رابط بهداشتی انجام می گیرد و موارد کشف شده به مرکز بهداشتی درمانی شهری یا روستائی ارجاع می گردند.

روستائی، و ۹۳۳ مرکز بهداشتی درمانی شهری با کلیه کادر خود در اختیار بهداشت روانی قرار می گیرند (جدول شماره ۲) (۱۸) که چنانچه بتوان همه آن ها را به خوبی به این طرح علاقمند نمود نتایج، واقعا غیر قابل تصور می باشد و روند کار نشان می دهد که خوشبختانه این علاقه ایجاد شده است.

(Feedback) می دهد و پزشک عمومی نیز به بهورز یا رابط بهداشتی پس خوراند می دهد. به این ترتیب در یک سازمان مجهز که خوشبختانه در تمام کشور وجود دارد این روند ادامه می یابد. با پیاده شدن این طرح تسهیلات و کادر وسیعی به طور طبیعی در اختیار بهداشت روانی قرار می گیرد. آماري که اینجانب تا سال ۱۳۷۴ در اختیار دارم ۶۵۱۱ خانه بهداشت، ۲۹۷۰ مرکز بهداشتی درمانی

جدول شماره ۲: تعداد خانه های بهداشت، مراکز بهداشتی درمانی شهری، روستائی فعال در دانشگاه های علوم پزشکی کشور تا پایان سال ۱۳۷۴

ردیف	دانشگاه	خانه بهداشت	مرکز بهداشتی درمانی روستائی	مرکز بهداشتی درمانی شهری
۱	آذربایجان شرقی	۱۰۲۷	۱۰۳	۱۵۵
۲	آذربایجان غربی	۸۲۳	۷۷	۱۰۸
۳	اصفهان	۶۴۲	۱۸۴	۱۳۷
۴	ایلام	۱۸۹	۲۹	۳۶
۵	کرمانشاه	۵۴۰	۷۵	۶۶
۶	بوشهر	۲۱۶	۳۲	۴۴
۷	تهران	۴۴	۵۱	۱۵
۸	چهارمحال بختیاری	۲۸۳	۳۵	۶۹
۹	خراسان	۱۳۵۴	۱۲۸	۱۷۵
۱۰	خوزستان	۷۴۴	۱۳۶	۹۶
۱۱	زنجان	۲۳۶	۳۳	۴۲۵
۱۲	سمنان	۸۲	۲۳	۹
۱۳	سیستان و بلوچستان	۶۳۱	۴۸	۹۸
۱۴	فارس	۸۳۲	۱۰۷	۱۴۷
۱۵	کردستان	۵۳۰	۴۳	۷۶
۱۶	کرمان	۶۴۵	۹۳	۸۴
۱۷	کهگیلویه و بویراحمد	۲۸۸	۱۵	۴۰
۱۸	لرستان	۴۹۷	۵۹	۶۸
۱۹	گیلان	۹۷۳	۹۸	۹۷
۲۰	مازندران	۹۵۴	۱۰۰	۱۳۲
۲۱	استان مرکزی	۴۱۸	۴۷	۸۵
۲۲	هرمزگان	۳۹۱	۳۳	۷۴
۲۳	همدان	۵۴۴	۶۰	۸۳
۲۴	یزد	۲۱۱	۴۲	۴۲
۲۵	اردبیل	۴۷۹	۳۷	۵۲
۲۶	ایران	۱۵۲	۸۰	۲۳
۲۷	شهید بهشتی	۱۰۴	۷۸	۱۲
۲۸	قزوین	۲۱۹	۲۱	۴۳
۲۹	بابل	۱۵۴	۱۴	۲۲
	جمع	۶۵۱۱	۲۹۷۰	۹۳۳

کارآئی طرحهای روان پزشکی اجتماعی در تحقیقات مختلف به اثبات رسیده است. به عنوان مثال برت (Barrett ME) و پالو (de PalomP) در روستاهای قبیله های تائی شمالی در مورد نقش دخالت های روان پزشکی اجتماعی برای کاهش تقاضای مصرف مواد اعتیادزا پژوهشی را انجام دادند. مشاهده شد که دخالت هائی که براساس اصول روان پزشکی اجتماعی در مورد کاهش تقاضا نسبت به مصرف تریاک، هروئین و سایر مواد از سال ۱۹۹۵ تا سال ۱۹۹۷ در ۸۵ روستای تایلند شمالی به منظور پیش گیری از شیوع مصرف مواد اعتیادزا با کاربرد افزایش اطلاعات افراد تحت پوشش از طریق وسایل ارتباط جمعی مختلف، برگزاری کارگاه های اختصاصی و با استفاده از سیستم شبکه بین روستاها و مسئولان محلی و کاربرد روش های سم زدائی در روستاها همراه با روان درمانی به صورت حل مسئله (Problem Solving) انجام شده در بیشتر روستاها موفقیت آمیز بوده و موجب کاهش مصرف کنندگان فعال و پیش گیری از بروز موارد جدید بوده است (۲).

علی رغم جنبه های بالقوه قوی در طرح های روان پزشکی اجتماعی، چنانچه امکانات کافی در اختیار آن قرار نگیرد امکان شکست نیز وجود دارد.

سیاست مؤسسه زدائی (Deinstitutionalization) که از اواخر دهه ۱۹۵۰ در آمریکا پیاده شد موجب گردید تا تعداد تخت های روان پزشکی که در آن موقع ۵۶۰۰۰۰ تخت بود به حدود ۱۰۰۰۰۰ تخت در حال حاضر کاهش یابد. بیماران به واحدهای بعد از مراقبت بیمارستانی معرفی شدند که در آن ها درمان همراه با نوتوانی پیاده می شد. واحدهای جدیدی مانند خانه های نیمه راهی (Halfway Houses) تسهیلات غذا و مراقبت (Bord and Care Facilities) واحدهای اسکان عمومی (Public Housing Units) به وجود آمدند. تعداد زیادی از بیماران، نیاز به بستری مجدد پیدا کردند و سیاست درهای

چرخان (Revolving Door Policy) پیاده شد. به این معنا که بیمار از بیمارستان مرخص و مدتی از تسهیلات جایگزین استفاده می کرد و در صورت نیاز مدتی بستری می شد و مرتب این فرآیند ادامه می یافت. آمار موجود نشان می دهد که تا حدود ۸۰ درصد بیماران در عرض دو سال نیاز به بستری شدن مجدد پیدا کردند. این سیاست، نیاز به حمایت اجتماعی مانند مشاوره های شغلی و تفریحی، درمان جامع روان پزشکی، ارجاع شغل و پرداخت دستمزد و محل اقامت قابل قبول دارد. در عمل این امکانات به میزان پیش بینی برنامه ریزان این سیاست تأمین نشد. علت این قصور کمبودهای مالی دولت و ناحیه مربوطه بوده است. کاپلان (Kaplan) و سادوک (Sadock) ضمن بیان مطالب فوق اعلام می دارند که به صورت افتضاح آمیزی میزان سرمایه گذاری و تأمین هزینه های بعد از مراقبت بیمارستانی به صورت مداومی به کاهش گرائید و اگر این روند تغییر نیابد سیاست مؤسسه زدائی را باید شکست خورده تلقی کرد (۷).

البته باید توجه داشت که وضع ما از نظر تخت های روان پزشکی با آمریکا کاملاً متفاوت است. در آنجا برای حدود ۲۵۰ میلیون جمعیت ۵۶۰۰۰۰ تخت تهیه شده بود که بعد از کاهش به ۱۰۰۰۰۰ تخت می رسد. در ایران که با داشتن یک چهارم جمعیت آمریکا تعداد تخت های روان پزشکی به سختی به ۸۰۰۰ تخت می رسد، پیاده کردن طرح بهداشت روانی کشوری با کم کردن میزان نیاز به بستری شدن می تواند خلاء موجود را تا مقدار زیادی برطرف سازد و نیاز به افزایش زیاد تخت های روان پزشکی را کاهش دهد و این اقدام هم از نظر اقتصادی و هم از لحاظ انسانی کاملاً مفید می باشد. شاید بتوان گفت این طرح راه انحصاری برای ارائه خدمات قابل قبول به مراجعان روان پزشکی است. البته طبق پیش بینی طرح، تنها وزارت بهداشت قادر به تأمین نیازهای آن نیست و لازم است با تفکر سیستمی تمام ارکان نظام به آن کمک نمایند. در این

مستمری، محل مناسب به هنگام ترخیص، ارزیابی ضمن پی گیری نیز مورد بررسی قرار می گیرند.

فرم ارجاع و مراقبت بیماران روانی- عصبی وزارت بهداشت که در همین مقاله مشاهده می گردد، هم در خانه های بهداشت، هم در مراکز بهداشتی درمانی روستائی و شهری و هم در کلینیک بهداشت روانی مورد استفاده بود و براساس آن روز پی گیری مشخص می گردید و بهورزان موظف بودند چنانچه موارد پی گیری الزامی بعد از گذشت سه روز از قرار ارجاع مراجعه نمایند، به طور فعال پی گیری و آن ها را به مرکز بهداشتی درمانی و کلینیک بهداشت روانی اعزام نمایند. اختلال های پی گیری الزامی شامل صرع و پسیکوز بود و در زمان انجام این پژوهش، عقب ماندگی هوشی و اختلال های روانی واکنشی پی گیری الزامی نبودند و چنانچه بیمار مراجعه نمی کرد بهورز موظف به پی گیری او نبود.

گزارش نتایج بررسی در سال ۱۳۷۳ به کنگره سالیانه روان پزشکی و روان شناسی بالینی تهران انجام پذیرفت و به علت حجم کارهای جاری گزارش مکتوب آن تا این زمان به تأخیر افتاد ولی با توجه به کم بود گزارش در این زمینه می تواند مورد استفاده باشد.

صورت علاوه بر مسئله درمان این طرح می تواند خدمات پیش گیری و ارتقای سلامت روانی را نیز تأمین نماید.

روش بررسی

پی گیری ۴ ساله طرح بهداشت روانی کشوری براساس مرور پرونده های مراجعان به خانه های بهداشت روستائی در روستاهای تحت پوشش طرح و شهر طرجه و کلینیک بهداشت روانی که در زمان پیاده شدن طرح در بیمارستان دکتر علی شریعتی مشهد فعال بود انجام پذیرفت. این پی گیری توسط دو کارشناس روان شناسی بالینی انجام شد. پرسش نامه بهداشت روانی که مورد استفاده قرار گرفت از پرسش نامه مراکز تحقیقی سازمان بهداشت روانی برای پی گیری بیماران روان پزشکی سرپایی اقتباس شد و برحسب فرهنگ و نیازهای محلی تغییراتی در آن داده شد. این پرسش نامه در شماره ۹-۱۰ فصلنامه اصول بهداشت روانی تحت عنوان پرسش نامه های بهداشت روانی منتشر شده است (۱۹).

پرسش نامه علاوه بر جنبه های عمومی همه گیر شناسی، تشخیص بالینی برحسب طبقه بندی جهانی بیماری ها (ICD,DSM4) هم خونی والدین، سابقه بیماری روان پزشکی در بستگان، مدت بیماری، مؤسسه یا نهاد ارجاع دهنده، برداشت پزشک معالج در مورد سیر و بهبودی، میزان بهبودی و از کار افتادگی، تشخیص نیاز به دریافت

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
شبکه بهداشتی، درمانی شهرستان

فرم شماره

مرکز بهداشتی، درمانی:

خانه بهداشت:

بزرگ ارجاع و مراقبت بیماران روانی - جسمی

تاریخ به سال:

قطع پیگیری به دلایل

بسرنامه ارجاع و مراقبت

ردیف	نام - نام خانوادگی	شماره ساختار	سن	تاریخ اولین ارجاع	نوع بیماری	بسرنامه ارجاع و مراقبت															
						فوردهین	اردیبهشت	خرداد	تیر	مرداد	شهریور	مهر	آبان	آذر	دی	بهمن	اسفند	بهمن	فوت	مهاجرت	سایر
۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲	۱۳	۱۴	۱۵	۱۶	۱۷	۱۸	۱۹	۲۰	۲۱	۲۲

بررسی نتایج

در مجموع در پایان پی گیری ۴ ساله، ۴۱۲ پرونده ارزیابی شد. از این تعداد ۲۴۷ مورد تا پایان ارزیابی سال اول مشخص شده بودند و در پی گیری یک ساله طرح گزارش گردیدند. در سه سال بعد (بین آذر ۶۹ تا آذر ۷۲) فقط ۱۶۷ مورد جدید شناسایی شده اند. ارقام فوق نشان

می دهند که بیشترین موارد، در سال اول کشف شده اند و میزان کشف موارد در سال اول ۶ برابر میانگین آمار سالیانه سالهای بعد بوده است. نتایج بررسی در جدول های شماره ۳ تا ۴ و نمودارهای شماره ۲ تا ۸ خلاصه شده اند.

جدول شماره ۳ - بررسی سن

تعداد کل		زن		مرد		
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
۲۳/۰۶	۹۵	۲۷/۶۰	۴۵	۲۰/۱۰۰	۵۰	<۹
۱۵/۰۵	۶۲	۱۲/۸۸	۲۱	۱۶/۴۶	۴۱	۱۰-۱۴
۱۸/۹۳	۷۸	۱۸/۴	۳۰	۱۹/۲۷	۴۸	۱۵-۲۴
۱۷/۴۷	۷۲	۱۷/۷۹	۲۹	۱۷/۲۶	۴۳	۲۵-۳۴
۱۱/۶۵	۴۸	۹/۸۱	۱۶	۱۲/۸۵	۳۲	۳۵-۴۴
۸/۰۰	۳۳	۷/۹۷	۱۳	۸/۰۳	۲۰	۴۵-۵۴
۴/۳۶	۱۸	۴/۲۹	۷	۴/۴۱	۱۱	۵۵-۶۴
۱/۴۵	۶	۱/۲۲	۲	۱/۶۰	۴	۶۵<
۱۰۰	۴۱۲	۱۰۰	۱۶۳	۱۰۰	۲۴۹	تعداد کل

جدول شماره ۳، سن مراجعان را بر حسب جنس نشان می دهد.

وضع خانوادگی

۲۴/۲۷ (۱۰۰ نفر) از تعداد کل مراجعان مجرد (۴۲ زن و ۵۸ مرد)، ۳۴/۴۹ (۱۴۴ نفر) متأهل (۵۴ زن و ۹۰ مرد) بودند. در مورد ۲۰/۶۶ (۱۱ نفر) طلاق واقع شده بود (۵ زن و ۶ مرد) و ۳۸/۱۰ (۱۵۷ نفر) زیر سن ۱۵ سال بودند (۶۶ زن و ۹۱ مرد).

میزان تحصیل

۳۴/۲۲ (۱۴۱ نفر) بی سواد (۶۱ زن و ۸۰ مرد)، ۴/۱۲ (۱۷ نفر) کمتر از دوره ابتدائی (۱۰ زن و ۷ مرد)،

۲۸/۶۴ (۱۱۸ نفر) تحصیل ابتدائی (۳۳ زن و ۸۵ مرد)، ۸/۰ (۳۳ نفر) دوره راهنمایی (۱۹ زن و ۲۳ مرد)، ۲/۱۸ (۹ نفر) تحصیلات متوسطه (۲ زن و ۷ مرد) و ۲۷/۳/۸۳ (نفر) نهضت سواد آموزی (۱۷ زن و ۱۰ مرد) و ۱۷/۹۶ (نفر) زیر سن تحصیل بودند (۳۰ زن و ۳۷ مرد).

وضع اقتصادی

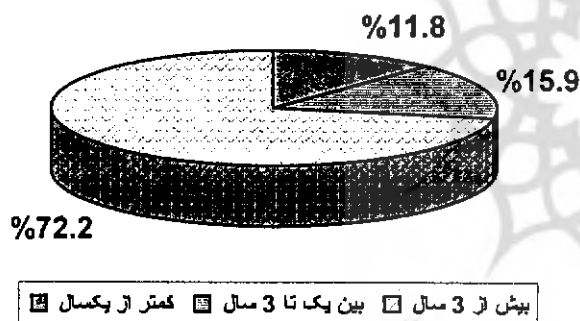
۴۶/۶ (۱۹۲ نفر) وضع اقتصادی خود را ضعیف (۴۳ زن و ۱۴۹ مرد)، ۵۲/۴۲ (۲۱۶ نفر) وضع اقتصادی متوسط (۱۲۰ زن و ۹۶ مرد) و ۰/۹۹ (۴ نفر) که همگی مرد بودند، وضع اقتصادی خود را خوب گزارش کردند.

وضعیت اشتغال

روان پزشکی را قبل از پیاده شدن طرح بهداشت روانی نشان می دهند. در ۱۳/۵٪ موارد تشخیص درست بود و بیمار داروی مناسبی دریافت می کرد. در ۵۶/۳٪ موارد تشخیص غلط بود و دارو نیز مناسب بود. در ۳۰/۲٪ (کمتر از یک سوم) موارد تشخیص درست بود ولی دارو مناسب نبود.

۱/۴۵٪ (۹ نفر) (همگی مرد) کارگر ساده بودند. ۱/۶۹٪، ۱۱ نفر کارگر ماهر بودند (۲ زن و ۷ مرد)، ۶/۵۵٪ (۴۱ نفر) (همگی مرد) کشاورز، ۰/۴۸٪ (۳ نفر) همگی مرد کارمند، ۲۰/۳۸٪ (۱۱۱ نفر) دانش آموز (۳۲ زن و ۷۹ مرد)، ۴۰/۵۳٪ (۹۱ نفر) (همگی زن) خانه دار، ۱۰/۹۲٪ (۷۹ نفر) بی کار (۸ زن و ۷۱ مرد) و ۱۷/۹۶٪ (۶۷ نفر) زیر ۶ سال و زیر سن اشتغال بودند (۳۰ زن و ۳۷ مرد).

دیاگرام شماره ۲ - فاصله بین شروع بیماری و تشخیص بالینی

**ارجاع اجباری**

۷/۲۸٪ (۳۰ نفر) ارجاع اجباری (۱۰ زن و ۲۰ مرد)، ۷۴/۲۷ (۳۱۵ نفر) ارجاع غیر اجباری (۱۲۳ زن و ۱۹۲ مرد) و ۱۷/۹۶٪ (۶۷ نفر) زیر سن ۶ سال بودند (۳۰ زن و ۳۷ مرد).

هم خونی والدین

۳۱/۳۲٪ موارد (۱۲۹ نفر) والدین هم خون داشتند (۳۳ زن و ۹۰ مرد) و در ۶۸/۶۸٪ موارد (۲۸۳ نفر) هم خونی وجود نداشت (۱۳۰ زن و ۱۵۳ مرد).

سابقه اختلال روان پزشکی در خانواده

۳۸/۱۲٪ (۱۵۷ مورد) سابقه اختلال روان پزشکی در خانواده را ذکر کردند و ۶۱/۸۹٪ (۲۵۵ مورد) چنین سابقه ای را ذکر نکردند (۹۳ زن و ۱۶۲ مرد) ۳۰/۳٪ (۱۲۵ مورد) سابقه انجام درمان های سرپایی و بستری را در خانواده ذکر کردند (۴۶ زن و ۳۷ مرد).

فاصله بین شروع بیماری و تشخیص بالینی

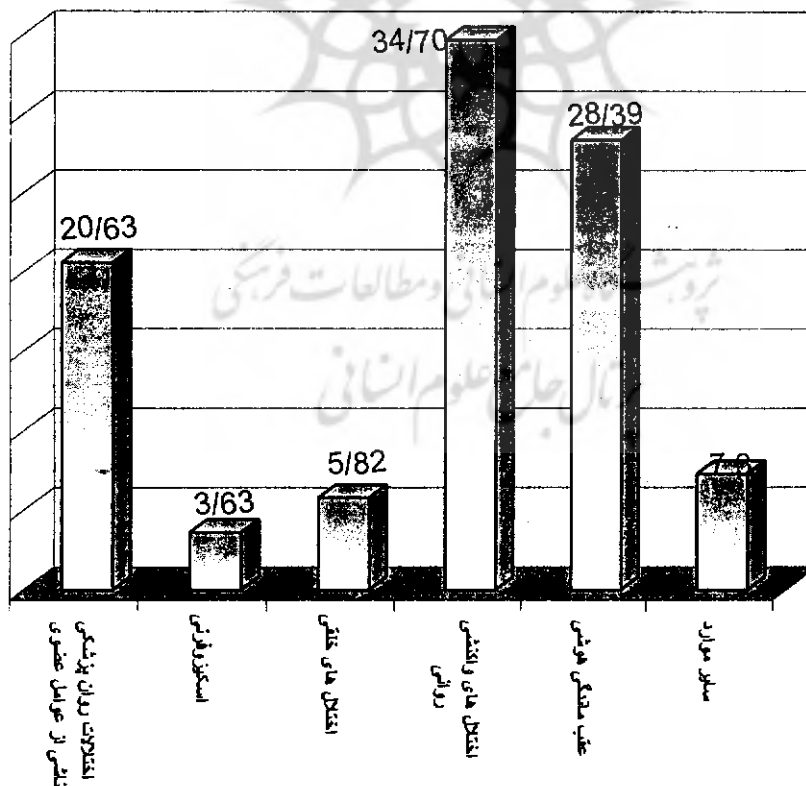
دیاگرام شماره ۳ تشخیص های بالینی را بر اساس نهمین تجدید نظر طبقه بندی بیماری ها (ICD9) نشان می دهد. دخالت عوامل عضوی در ۲۰/۶٪ از موارد (دیاگرام شماره ۳) لازم است مورد توجه جدی واقع شود زیرا تمام اختلال های روان پزشکی بالقوه ممکن است ناشی از عوامل عضوی به وجود آیند. داشتن یک برنامه ارزیابی معقول برای دست یابی به تشخیص می تواند عوامل عضوی ناشناخته را کشف نماید. به کرات این موضوع برای ما اتفاق افتاده است که یک متخصص اعصاب یا سایر تخصص های پزشکی بیماری را با قید "غیرعضوی" بودن معرفی کرده اند و با بررسی بیشتر عضوی بودن آن مشخص شده است. کشف ۲۸/۳۹٪ عقب ماندگی هوشی در بین بیماران معرفی شده (دیاگرام شماره ۳) بسیار هشدار دهنده است و لازم است نسبت به پیداکردن عوامل مؤثر در بروز این اختلال در محدوده طرح بهداشت روانی

چنانچه در دیاگرام شماره ۲ مشاهده می شود در ۷۲/۲٪ موارد بیش از سه سال بین شروع بیماری تشخیص بالینی فاصله بوده است. این فاصله در ۱۵/۹٪ موارد بین یک تا سه سال و در ۱۱/۸٪ موارد کمتر از یک سال بوده است. اختلال در عملکرد اجتماعی به عنوان زمان شروع کسالت مورد استفاده قرار گرفت. ارقام زیر وضع درمان موارد

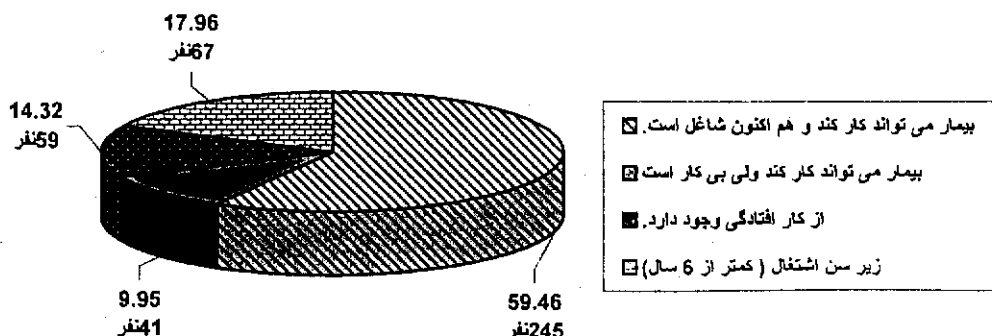
می شوند در طرح بهداشت روانی کشوری، پی گیری الزامی هستند و این سیاست نسبت به کنترل موارد و پیش گیری از عود و از کار افتادگی می تواند کمک نماید. مقایسه این گروه در طرح بهداشت روانی کشوری با مراکزی که این طرح در آن جا پیاده نمی شود، می تواند نقش این طرح را در کاهش عود، از کار افتادگی و برگشت بیمار به جامعه در این دو موقعیت متفاوت نشان دهد.

اقدام و نسبت به کنترل کوشش نمود. به دست آمدن رقم ۳۴/۷٪ موارد برای اختلال روان شناختی واکنشی (دیاگرام شماره ۳) لزوم آماده سازی زمینه برای کشف علت بروز این اختلال ها و روان درمانی مناسب را مطرح می سازد و لازم است کلینیک های بهداشت روانی با تکمیل کادرهای تخصصی خود به صورت تیمی نسبت به کنترل این اختلال ها اقدام نمایند. کشف ۳/۳۹٪ موارد برای اختلال های اسکیزوفرنی و ۵/۸۲٪ موارد برای اختلال های خلقی (دیاگرام شماره ۳) که مجموعاً شامل ۹/۱۲٪ موارد

دیاگرام شماره ۳ - تشخیص بالینی بر اساس نهمین تجدید نظر طبقه بندی بیماری ها (ICD9)



دیاگرام شماره ۴ - میزان از کارافتادگی

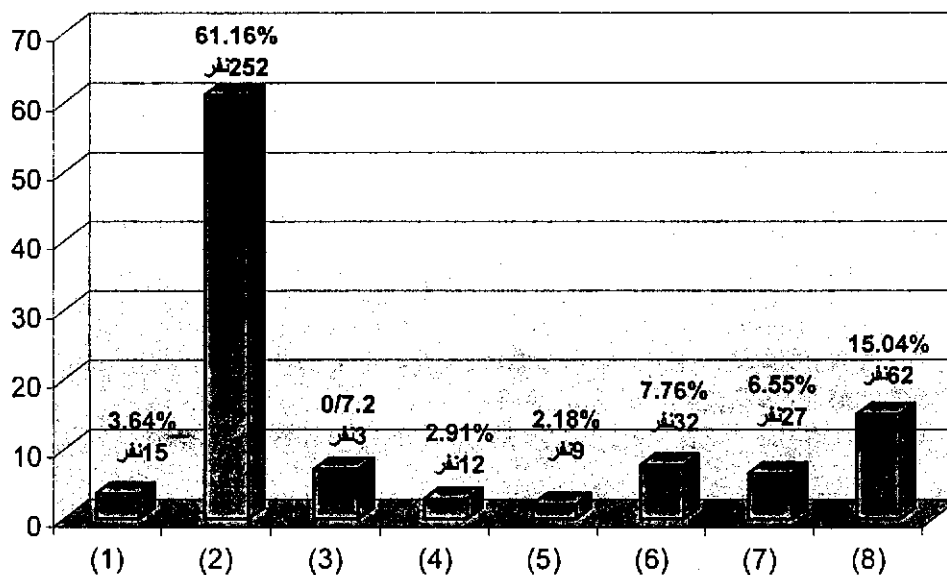


لازم است طی پژوهش های اختصاصی علت بروز و میزان از کار افتادگی کشف و نسبت به نوتوانی آن ها اقدام نمود.

دیاگرام شماره ۵ محل مناسب برای نوتوانی را نشان می دهد. چنانچه مشاهده می گردد ۳/۶۴٪ موارد به بستری در بخش روان پزشکی نیاز دارند. بخش های روان پزشکی باید توجه شوند که همکاری باطرح بهداشت روانی زمینه بسیار مناسبی برای تحقیق و پی گیری موارد در اختیار آن ها می گذارد و بایستی موارد صرع و پسکوز مانع عود این اختلال ها و بستری مجدد می گردد و کادرهای تخصصی می توانند اثر داروها و اقدام های درمانی خود را به طور ممتد مورد بررسی و ارزیابی قرار دهند. به نظر می رسد که در صورت توجه کادرهای مزبور، مقاومتی که متأسفانه در بعضی از این بخش ها برای همکاری باطرح مزبور وجود دارد از بین برود.

دیاگرام شماره ۴ میزان از کارافتادگی را نشان می دهد. دیاگرام مزبور در ۵۹/۴۶٪ موارد بیمار می تواند کار کند و هم اکنون شاغل است. این رقم بسیار امیدوار کننده است و لازم است سعی شود در بیماریابی به موقع، قبل از آن که بیماران قدرت کار خود را از دست دهند کشف شوند و نسبت به درمان و نوتوانی آنان اقدام گردد. در ۹/۹۵٪ موارد بیمار می تواند کار کند ولی بی کار است. لزوم کاریابی برای این گروه نهایت اهمیت را دارد. به این منظور لازم است در کلینیک های بهداشت روانی مددکار اجتماعی حضور نیمه وقت داشته باشد تا بتواند نیازهای مراجعان را برطرف سازد. از وجود کارشناسان روان شناسی می توان به عنوان "کارکنان چند کاره" استفاده نمود. در این صورت با آموزش های اختصاصی، کادر مزبور می تواند در گرفتن شرح حال، راهنمایی بیمار، انجام آزمون های ساده و مددکاری اجتماعی کمک نماید. در ۱۴/۳۲٪ موارد، از کار افتادگی مشاهده می گردد (دیاگرام شماره ۴)

دیاگرام شماره ۵ - محل مناسب برای نوتوانی و مراقبت



- ۱- بیمارستان روان پزشکی
- ۲- مراقبت روان پزشکی سرپائی
- ۳- مراقبت طبی سرپائی
- ۴- بیمارستان روزانه
- ۵- بیمارستان های مربوط به بیماران مزمن و پیران
- ۶- مراکز نوتونی عقب ماندگان هوشی
- ۷- مدارس اختصاصی برای عقب ماندگان هوشی
- ۸- تغییر خاص در وضع موجود ضروری نیست (نیاز اختصاصی وجود ندارد).

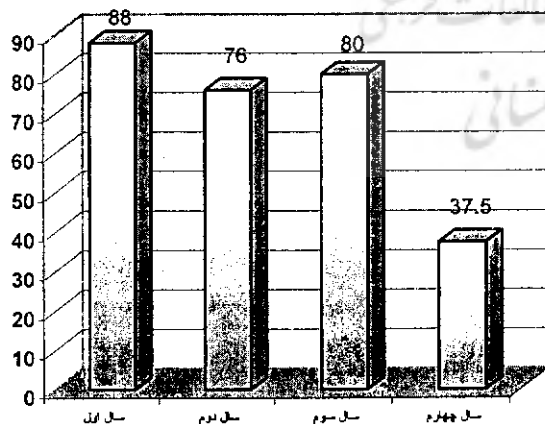
تفاوت بین پی گیری فعال و پی گیری نسبی را در مقایسه میزان پی گیری موارد مبتلا به پسیکوز (دیاگرام شماره ۶) و موارد مبتلا به صرع در دیاگرام شماره (۷) و موارد مبتلا به تظاهرات روانی واکنشی دیاگرام شماره (۸) مشاهده نمود. در این موارد اگرچه پی گیری نسبی در حدآموزش به بیماران و خانواده آن ها وجود داشته است ولی به علت عدم پی گیری فعال میزان موارد مراجعه کننده در سال چهارم ۱۲/۵٪ بوده است. البته اسکان بهبود را نیز باید در نظر داشت. انجام کار تحقیقی در این مورد می تواند راه گشا باشد. مقایسه آمار فوق با مراکزی که تحت پوشش طرح بهداشت روانی کشوری نیستند در قسمت بحث و نتیجه گیری انجام شده است.

باید توجه داشت بنا به توصیه سازمان جهانی بهداشت در مورد تعیین کردن محل مناسب برای نوتوانی، نیاز مراجع معیار می باشد و نه وجود تسهیلات بهداشت روانی لازم و به این ترتیب این آمار می تواند برای برنامه ریزان مفید باشد و بتوانند نسبت به پیش بینی تسهیلات لازم اقدام نمایند.

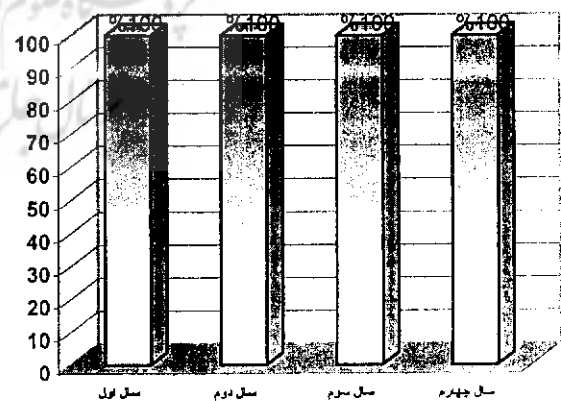
میزان پی گیری در دیاگرام های ۶ تا ۸ مشاهده می گردند. چنانچه مشاهده می گردد میزان پی گیری تظاهرات پسیکوزی در تمام طول مدت پی گیری (۴-۱ سال) ۱۰۰٪ بوده است. میزان پی گیری صرع در سال اول ۸۸٪، سال دوم ۷۶٪، سال سوم ۸۰٪ و سال چهارم ۳۷/۵٪ بوده است.

ارقام فوق واقعا دور از انتظار است و باید مورد توجه کلیه روان پزشکان قرار گیرد تا نسبت به همکاری باطرح اشتیاق آن ها تحریک گردد.

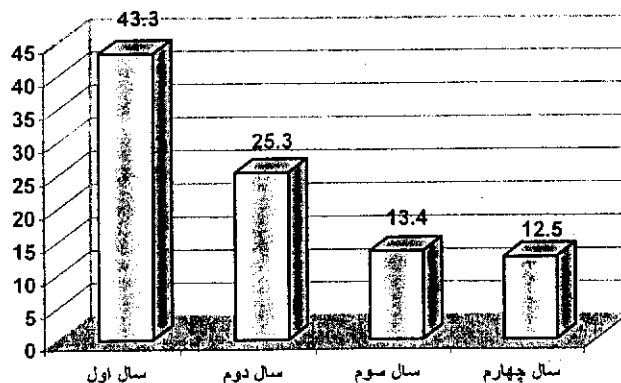
دیاگرام شماره ۷ - بررسی میزان پی گیری در مبتلایان به بیماری صرع



دیاگرام شماره ۶ - بررسی میزان پی گیری در مبتلایان به پسیکوز



دیاگرام شماره ۸ - بررسی میزان پی گیری در مبتلایان به عقب ماندگی هوشی



بحث و نتیجه گیری

ما نتایج پژوهش را در دو قسمت مورد بررسی قرار می دهیم.

۱- میزان پی گیری موارد

۲- بررسی سایر نتایج

۱- میزان پی گیری

پی گیری آمارهای به دست آمده و تغییرهای آن، بر اساس اقدام های انجام شده یکی از اصول روان پزشکی اجتماعی است و چرخه ارتباطی بین پی گیری، ارزیابی و

برنامه ریزی به صورت شکل شماره ۲ ترسیم شده است. در حقیقت بدون داشتن شالوده بهداشت روانی جامعه یعنی حوزه های تحت پوشش (Catchment area) امکان پی گیری مطلوب وجود ندارد. بر اساس پژوهش های انجام شده دوپنجم کلیه ازکارافتادگی ها مربوط به اختلال های روان پزشکی است و یک سوم تماس با مراکز بهداشتی ناشی از این اختلال ها است. آمار فوق پی گیری موارد پزشکی را الزامی می سازد.

شکل شماره ۲ - چرخه ارتباطی برنامه ریزی و ارزیابی



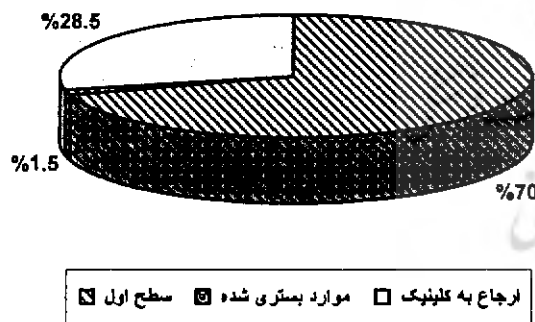
موارد روان پزشکی که از بخش روان پزشکی مرخص شده بودند انجام دادم. ۱۷۳ بیمار (۴۶ زن و ۱۰۷ مرد) به مدت

قبل از پیاده شده طرح بهداشت روانی کشوری در خراسان، اینجاناب (دکتر حسینی) پژوهشی را در مورد پی گیری

است، ارزش طرح بهداشت روانی کشوری به خوبی نمودار می شود (دیاگرام شماره ۹).

دیاگرام شماره ۱۰ نسبت ارائه خدمات بهداشت روان در سطوح مختلف را در سال ۱۳۷۳ در استان خراسان نشان می دهد و چنانچه مشاهده می گردد در ۷۰٪ موارد اختلالات روان پزشکی در سطح اول درمان شده اند، ۲۸/۵٪ در کلینیک بهداشت روانی تحت بررسی قرار گرفته اند و ۱/۵٪ نیاز به بستری داشته اند. آمار فوق در جمعیت ۲۴۳۶۰۴ نفری شهرهای استان خراسان به دست آمده و کل بیماران ارزیابی شده ۱۸۶۲ نفر می باشند. (۱۴)

دیاگرام شماره ۱۰: نسبت ارائه خدمات در طرح بهداشت روان در سطوح مختلف در استان خراسان



«در مقایسه شهرستانهای تحت پوشش طرح میانگین ارجاع به سطح بالاتر ۳۰٪ می باشد یعنی ۷۰٪ موارد در سطح اول درمان گردیده اند این موضوع بیانگر این است که استان خراسان از لحاظ درمان بیماران در سطح اول تا حدود ۱۰٪ از هدف جلوتر است.»

ارقام فوق نیز موفقیت آمیز بودن طرح بهداشت روانی کشوری را نشان می دهد و لزوم گسترش آن را مورد تأکید قرار می دهد.

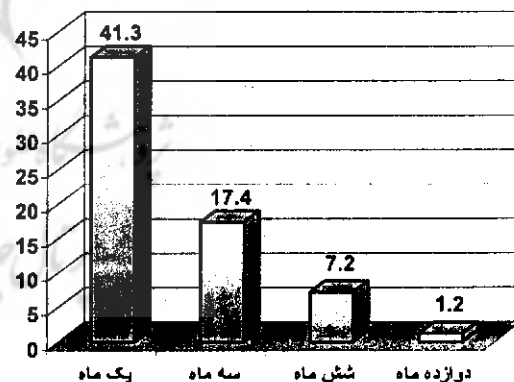
۲- بررسی سایر نتایج

رقم ۳۱/۳۲٪ وجود ارتباط خونی بین والدین باید در پژوهش گسترده تر مورد بررسی قرار گیرد و نقش آن در

یک سال در این پژوهش تحت بررسی قرار گرفتند. بیمار یا خانواده و در مواردی که امکان پذیر بود، هر دو توسط کارشناس روان شناسی در مورد لزوم پی گیری توجیه می شدند و قرار پی گیری یک ماهه، سه ماهه، شش ماهه و یک ساله گذاشته می شد. تشخیص های بالینی به صورت زیر بود:

۴۹/۲۸٪ اسکیزوفرنی، ۱۵/۹۴٪ پسکوزهای عاطفی، ۱۱/۵۹٪ پسکوزهای عضلانی، پسکوزهای واکنشی، ۲/۹٪ اختلال های واکنشی، ۱۱/۴٪ زوال عقل پیری و ۱۱/۵۹٪ عقب ماندگی هوشی. میزان پی گیری در دیاگرام شماره ۹ مشاهده می شود.

دیاگرام شماره ۹- میزان درصد پی گیری در بیماران ترخیص شده از مرکز بهداشت روانی شفا (دانشگاه علوم پزشکی مشهد)



میزان پی گیری در مورد اختلال های پی گیری الزامی (پسکوزها و صرع) واقعا مافوق انتظار است. چنانچه در دیاگرام های ۶ و ۷ مشاهده می گردد. میزان پی گیری در پی گیری ۴-۱ سال ۱۰۰٪ و در مورد صرع در سال اول ۸۸٪، سال دوم ۷۶٪، سال سوم ۸۰٪ و سال چهارم ۳۷/۵٪ می باشد (علت بروز افت پی گیری در سال چهارم به علت بروز بعضی اشکالات اداری بود که عملا نظارت مسئول طرح را بر انجام عملیات با مشکل روبه رو می ساخت) چنانچه این آمار را با آمار مرکز دانشگاهی فوق که در پایان یک سال میزان پی گیری آن فقط در ۱/۲٪ موارد بوده

می رسد تأکید بر عملکرد اجتماعی رویه بسیار خوبی است. به این ترتیب که در آموزش های عمومی در وسایل ارتباط جمعی و بهداشت عمومی تأکید شود، چنانچه خود فرد یا خانواده او مشاهده کردند که در عملکرد اجتماعی مشکلی پیش آمده است بلافاصله به پزشک عمومی یا روان پزشک مراجعه نمایند و از توجیه این روند بر اساس اطلاعات خود بپرهیزند. در این صورت فاصله بین بروز اختلال روان پزشکی و تشخیص بالینی بسیار کوتاه خواهد شد. این پیشنهاد می تواند به صورت یک طرح تحقیقی پیاده شود. دلیل این مدعا آن است که هر وقت روان پزشکان به مناسبت های مختلف در آموزش عمومی شرکت می نمایند به طور طبیعی تعدادی از بیماران در خانواده ها شناسایی می گردند و به آن ها مراجعه می نمایند.

میزان کشف موارد روان پزشکی در پژوهش های مختلف بسیار متفاوت است (جدول شماره ۴ و دیاگرام های شماره ۱۰ تا ۱۴) که به علت اختلاف روش تحقیق هر کدام از آن ها می باشد. به عنوان مثال در بلاری بیشتر صرع و پسیکوز مورد تأکید قرار گرفته اند و در نتیجه ۶۰/۲٪ صرع و ۲۰/۵٪ پسیکوز کشف شده اند و میزان عقب ماندگی هوشی آن ها ۶/۵٪ و میزان اختلالات واکنشی روانی ۱۲/۶٪ می باشد.

میزان تظاهرات واکنشی روان پزشکی در پژوهش دکتر شاه محمدی صفر می باشد. زیرا ایشان اصولاً این تظاهرات را در تحقیق خود وارد نکرده است.

بروز اختلال های روان پزشکی مورد بررسی قرار گیرد. در هر صورت رقم به دست آمده بالا است.

در جدول شماره ۲ که سن مراجعان را نشان می دهد مشاهده می کنیم که بیش از ۵۸٪ موارد زیر ۲۴ سال سن دارند. بررسی و پی گیری موارد روان پزشکی در این سنین می تواند موجب تشخیص زودرس و مانع بروز از کارافتادگی شود.

آمار میزان اشتغال نشان می دهد که فقط ۱۰/۹۲٪ موارد بی کار بوده اند که بسیار امیدبخش است. ترکیب آمار فوق بارقم ۱۴/۳۲٪ از کار افتادگی لزوم ایجاد تسهیلات اختصاصی را الزامی می سازد. تسهیلات لازم برای نوتوانی این بیماران در دیاگرام شماره ۵ خلاصه شده اند که لازم است همراه با سایر پژوهش های انجام شده در این مورد توجه برنامه ریزان بهداشت روانی قرار گیرند.

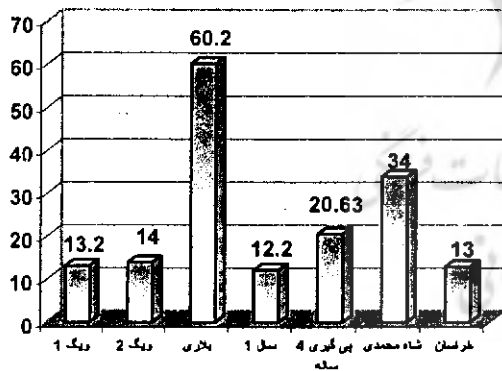
در تحقیقی که کریستیاننا (Christiana IM) و همکاران در مورد فاصله زمانی بین بروز اضطراب و افسردگی و دریافت درمان اصلی به صورت یک پژوهش بین المللی با شرکت ۱۱ کشور انجام دادند مشاهده شد که ۴۰٪ افراد مورد بررسی اعلام کرده اند که در همان سال که علائم ایجاد شده اند به دنبال دریافت درمان بوده اند ولی در ۶۰٪ مابقی زمان تأخیر بین دریافت درمان از شروع بیماری به طور متوسط ۸ سال بوده است. در آمار ما مشاهده می گردد که در ۷۲/۲٪ موارد بیش از سه سال بین شروع بیماری و تشخیص بالینی فاصله بوده است. در ۱۵/۹٪ موارد بین یک تا سه سال و در ۱۱/۸٪ این فاصله کمتر از یک سال بوده است. (دیاگرام شماره ۲)

مجموع اطلاعات فوق لزوم آموزش عمومی در مورد اختلالات روان پزشکی را مطرح می نماید و به نظر

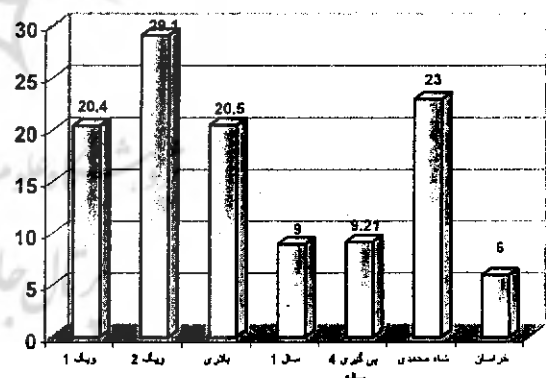
جدول شماره ۴: مقایسه تعداد درصد تشخیص‌های بالینی در چند تحقیق همه گیر شناسی بهداشتی روانی

تشخیص بالینی	سال اول	سال دوم	تحقیق بلاری	پی گیری یکساله	پی گیری ۴ ساله	تحقیق دکتر شاه محمدی	کل استان خراسان
عقب ماندگی هوشی	۵/۴	۰/۵۹	۶/۵	۳۵/۹	۲۸/۳۹	۴۳	۲۰
اختلالات واکنشی	۵/۶	۳۹/۴	۱۲/۶	۳۵/۵	۳۴/۷	-	۳۰
صرع	۱۳/۲	۱۴	۶۰/۲	۱۲/۲	۲۰/۶۳	۳۴	۱۳
پسیکوزهای خلقی	۷/۸	۱۸/۵	-	۴/۹	۵/۸۲	۲۳	-
اسکیزوفرنی	۱۲/۶	۱۱/۶	۲۰/۵	۴/۱	۳/۳۹	-	۶
سایر موارد تشخیصی	۲/۴	۳/۲	-	۷/۴	۷/۰۳	-	۳۰
تعداد بیماران	۱۶۶	۳۳۵	۱۸۵۲	۲۴۵	۴۱۲	۲۴۸	۱۸۶۳

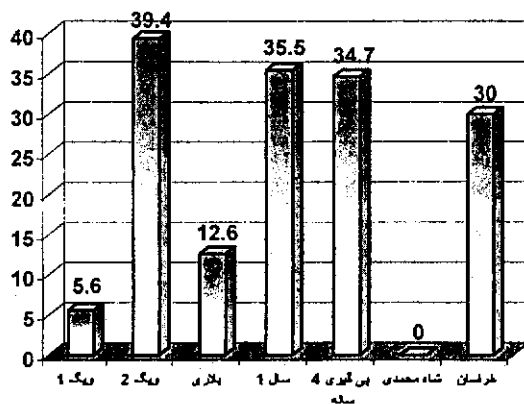
دیاگرام شماره ۱۱ - بررسی میزان درصد تشخیص صرع در چند طرح بهداشت روانی



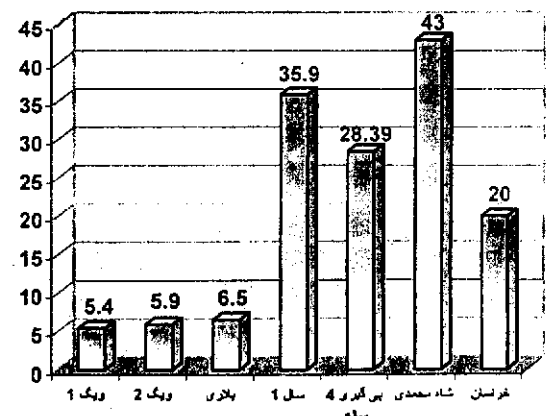
دیاگرام شماره ۱۰ - بررسی میزان درصد تشخیص پیکوزها (اسکیزوفرنی + پسیکوزهای خلقی) در چند طرح بهداشت روانی



دیاگرام شماره ۱۳ - بررسی میزان درصد تشخیص تظاهرات روانی واکنشی در چند طرح بهداشت روانی



دیاگرام شماره ۱۲ - بررسی میزان درصد تشخیص عقب ماندگی هوشی در چند طرح بهداشت روانی




پی گیری چهار ساله ۲۸/۳۹٪ میزان تظاهرات روانی واکنشی در پی گیری یک ساله ۳۵/۵٪ و در پی گیری چهارساله ۳۴/۷۰٪ می باشد.

چنانچه مشاهده می شود اختلاف زیادی بین یافته های سال اول و چهارم وجود ندارد ولی اختلاف با دستاوردهای دکتر شاه محمدی و بلاری زیاد است و یافته فوق لزوم یک نواخت کردن روش ها (Standardization) را مورد تأکید قرار می دهد.

شباهت بسیار زیادی بین آمارهای ما با آمار دکتر ویگ در هند می توان مشاهده نمود که به نظر می رسد میزان تعهد ما و دکتر ویگ به کاربرد معیارهای طبقه بندی جهانی بیماری ها (ICD9) علت اصلی آن می باشد.

در دیاگرام های ۱۰-۱۴ مشاهده می گردد که درصد پسکوزها در پی گیری یک ساله ما ۹٪ و در پی گیری چهارساله ۹/۲۱٪، میزان کشف صرع در پی گیری یک ساله ۱۲/۲٪ و در پی گیری چهار ساله ۲۰/۶۳٪ و میزان عقب ماندگی هوشی در پی گیری یک ساله ۳۵/۹٪ و در



بهداشت روانی برای همه
همه برای بهداشت روانی

بهداشت روانی برای همه
همه برای بهداشت روانی

References

1. Adams, G.L., Cheney, C.C., Tristan, M.P. et al: Mental Health in Primary Care Training and Parcifice. Int. J. Psychiatry 1978/79 9/1 (49-60) Via excerpta medica. Psychiatry 1981 Vol. 43, issue 1.
 2. Barrett M.E., De Palo M.P.: Community-Based Intervention to Reduce Demanded for Drugs in Nortern Thaitribal Villages. Subst Use Misuse. 1999; 34(13):1837-79.
 3. Christiana JM, Gilman SE, Guardino et al: Duration Between Onset and Time of obtaining initial treatment among people with anxiety and mood disorders: An International Survey of Members of Mental Health Patient Advocate Groups. Psychl Med. 2000 M; 30(3): 693-703.
 4. Davidian H. and Naraghi, M.M.: Assessment of Difficulties Encountered in Psychiatric Follow-up. Acta Psychiat. Scand. *978) 57, 290-298.
 5. A.Hosseini: The first 6 months Conclusion of Mental Health Programme in a Region of 22.000 Population in North East of Iran. Proceedings of Eight International Psychiatric Conference. Pakistan Psychiatric Society 1990.
 6. S.A. Hosseini , G. Haghdadi, M. Anasori, J. Bahadorkhan: A One- Year Report of the Country's Mental Health Programme in a 22000 Populated Region of North- East of Iran. Medical Journal of Islamic Republic of Iran. Vol 7 No. 3, 1993. Pp 151-156.
 7. Kaplan & Sadocks's 2003 synopsis of psychiatry. Ninth edition. Lippincott, Williams & Wilkins. Pp. 1377.
 8. Mohan K. Isaac: District Mental Health Programme at Bellary. Community Mental Health News, Issue Nos. 11 and 12, 1988.
 9. Morthy, R.R., Wig, N.N. and Manchinal M.: Reaching the Unreached. Experience in Organizing Rural Psychiatric Services. Department of Psycniatry, Chandigarh, 1978.
 10. Otimo B. Owola, J.A. and Odvor: A Study of Alcoholism in a Rural Setting in Kenya. Medical Journal 1979 56/12 (665-670_. (Ecerta Medica. Psychiatry 1922 Vol. 45, Issue 8).
 11. E.L., Smalky, K.A. and Neff, J.M.: Primary Care of Previously Institutionalized Retarded Children. Pediatrics, 1981, 67/4 (530-540) (Excerta Medica. Psychiatry 1922 vol. 45, issue 8).
 12. Smart, R.J. et al: Intervention Approaches for Rural Opium Users. Bull. Nar. 1980 32/4(11-27) (Excerta Medica. Psychiatry 1982, vol 45, issue 6).
 13. Wig, N.N., Murthy R.S., Harding, T.W.: A Model for Rural Psychiatric Services- Reipur Rami Experience. Indian J. of Psychiatry (1981), 23(4) pp. 273-290.
- ۱۴ - جواد بهادرخان، مهری آیتی: گزارش طرح بهداشت روانی کشوری در استان خراسان. انتشارات داخلی مرکز بهداشت استان. ۱۳۷۲، ص ۱۱.
- ۱۵ - دکتر سید ابوالقاسم حسینی - دکتر غلامحسین حقدادی، محمد عناصری، جواد بهادرخان: گزارش یک ساله طرح بهداشت روانی کشوری در یک منطقه ۲۲۰۰۰ نفری در شمال شرقی ایران. مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد شماره ۴۵ سال ۱۳۷۲، ۳۶-۱۵-۱۶.
- ۱۶ - دکتر سید ابوالقاسم حسینی: زیربناها و اهداف بهداشت روانی جامعه. فصلنامه اصول بهداشت روانی. سال اول شماره ۱ - ۱۳۷۸، ص ۳۱-۲۲.
- ۱۷ - دکتر سید ابوالقاسم حسینی: پرسش نامه های بهداشت روانی. فصلنامه اصول بهداشت روانی شماره ۱۰-۹ سال سوم ۱۳۸۰، ص ۵۹-۴۹.
- ۱۸ - دکتر سید ابوالقاسم حسینی: طرح بهداشت روانی کشوری و روش پیاده کردن آن در شهر و روستا. فصلنامه اصول بهداشت روانی شماره سوم سال اول ۱۳۷۸، ص ۱۸۴-۱۶۷.
- ۱۹ - دکتر سید ابوالقاسم حسینی: پرسش نامه های بهداشت روانی. فصلنامه اصول بهداشت روانی سال سوم شماره ۱۰-۹، ۱۳۸۰، ص ۵۹-۴۹.