بررسی شاخص‌های بیماریابی در برنامه ادغام بهداشت روان در سیستم شبکه‌های بهداشتی استان اصفهان و مقایسه آن با شاخص‌های کشوری

مهناز کلیشادی [۱]، گلناز اسلامیان [۲]، مژده قاسمی [۳]

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: هدف از برنامه کشوری بهداشت روان رسیدن به حداقل خدمات روانی برای همه مردم کشورمان تا سال ۲۰۰۰ بود. در سال ۱۳۶۷ طرح ادغام بهداشت روان درمراقبت‌های بهداشتی اولیه در شهرکرد و شهرضا که هدف آن بررسی اثربخشی ادغام بهداشت روان درنظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه بود، به مرحله اجرا گذاشته شد. چون نتایج این بررسی، اثربخشی آن را نشان داد، درسال ۱۳۶۹ بهداشت روان به عنوان جزءنهم PHC اعلام گردید و به تدریج درکل کشورگسترش یافت. هدف این مطالعه بررسی شاخص‌های بیماریابی این برنامه از سال ۸۵-۸۰ و مقایسه آن‌ها با حد انتظار کشوری بود.

روش‌ها: مطالعه از نوع توصیفی مقطعی طولی بود. نمونه‌گیری به روش سرشماری وحجم نمونه شامل اطلاعات کلیه بیمارانی بود که طی سال‌های ۸۵-۸۰ تحت پوشش برنامه بهداشت روان قرار داشتند. این اطلاعات از طریق بررسی مستندات فرم استاندارد جمع‌آوری اطلاعات بیماران بهداشت روان کشوری وزارت متبوع صورت پذیرفت. در پایان هرسال نیز اطلاعات بیماران بهداشت روان همان سال جمع‌بندی گردید و نتایج با نرم‌افزار آماری SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. دراین مطالعه بیماران شناسایی شده و تحت پوشش بهداشت روان (روانی شدید، روانی خفیف ، صرع ، عقب ماندگی ذهنی و سایر موارد) در هر سال، مشخص و با حد انتظار کشوری مقایسه شدند. P-value<۰/۰۵ به عنوان سطح معنی‌داری در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: وضعیت شاخص‌های بیماریابی روانی شدید از ۱/۲۴۸ به ۲/۴۶ درهزار، روانی خفیف از ۹/۹۶ به ۱۷/۵ درهزار، صرع از ۳/۱۵ به۵/۲۶ درهزار، عقب مانده ذهنی از ۳/۸۲ به۵/۸۶ درهزار و سایر اختلالات روانی عصبی از ۲/۷۹ به ۴/۲۸ درهزار درطی سال های ۱۳۸۰تا ۱۳۸۵ افزایش یافت که نسبت به حد مورد انتظار کشوری بالاتر بود.

نتیجه‌گیری: یافته‌های این پژوهش نشان داد که فراوانی بیماری خفیف روانی هم ازحد انتظار کشوری و هم نسبت به بیماری‌های شدید روانی، صرع، عقب‌ماندگی ذهنی و سایر اختلالات روانی عصبی بالاتر بود و لذا آموزش بیشتر بهورزان، افزایش سطح آگاهی مردم نسبت به علائم بیمارهای روانی و لزوم مراجعه به موقع به مراکز درمانی احساس می‌شود.

واژه‌های کلیدی: شاخص‌های بیماریابی، برنامه ادغام بهداشت روان، بیماری روانی خفیف و بیماری روانی شدید

ارجاع: کلیشادی مهناز، اسلامیان گلناز، قاسمی مژده. **بررسی شاخص‌های بیماریابی در برنامه ادغام بهداشت روان در سیستم شبکه‌های بهداشتی استان اصفهان و مقایسه آن با شاخص‌های کشوری.** مجله تحقیقات نظام سلامت ۱۳۹۴؛ ۱۱(۳): ۴۹۵-۴۸۶

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۱۲/۱۸ **تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۱۲/۰۳**

۱. مرکز بهداشت استان اصفهان،دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، ایران

۲. دستیار کودکان، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران، ایران (نویسنده مسؤول)

Email: dr_g.eslamian@yahoo.com

۳. کارشناسی مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-17]

مقدمه

یکی از زمینه‌های خدمات بهداشت عمومی که باید در برنامه کلی به آن پرداخته شود "بهداشت روان" است (۱). بهداشت روان به مفهوم تأمین و ارتقاء سلامت روانی فردی و اجتماعی، پیشگیری از ابتلاء، درمان مناسب بیماری‌های روانی و توان بخشی بیماران روانی است.(۲) خوشبختانه قبل از برنامه‌ریزی بهداشت روان در کشور، نظام خدماتی بهداشتی کشور در اکثر شبکه‌های بهداشتی برنامه‌ریزی شده و قسمتی ازآن به اجرا در آمده بود. هدف از برنامه کشوری بهداشت روانی رسیدن به حداقل خدمات روانی برای همه مردم کشورمان تا سال ۱۳۷۹ بود (۲). در سال ۱۳۶۵ برنامه کشوری بهداشت روان تدوین شد و در سال ۱۳۶۷ در شهرکرد و شهرضا به اجرا در آمد. هدف این برنامه آزمایشی بررسی اثربخشی ادغام بهداشت روان در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه بود (۳).

طرح ادغام بهداشت روان در مراقبت‌های بهداشتی اولیه هشتگرد درسال ۱۳۷۲-۱۳۷۰ به اجرا درآمد و نتایج آن بیانگر مؤثر واقع شدن آموزش در تغییر نگرش بهورزان و مؤثر واقع شدن آموزش در نگرش اهالی روستاهای تحت پوشش در گروه آزمایشی بود. هم چنین بهورزان گروه آزمایشی توانستند در مدت اجرای پژوهش، ۴۴٪ جمعیت عمومی را در روستاهای محل خدمت خود شناسایی و به رده‌های بالاتر خدمات بهداشت روانی ارجاع دهند (۴). دراستان اصفهان، تا سال۱۳۷۰ در مراکز بهداشتی درمانی و خانه‌های بهداشت شبکه شهرضا به مورد اجرا گذاشته شد. در سال‌های ۱۳۷۹ الی ۱۳۸۲ کلیه شبکه‌های تابعه تحت پوشش قرار گرفتند (۵). امروزه ارائه خدمات اساسی بهداشت روان از طریق ادغام در مراقبت‌های بهداشتی اولیه مورد توجه بسیاری از کشورهای جهان قرار گرفته و این کشورها توانسته‌اند با تکیه بر تمرکززدایی و ادغام بهداشت روان در خدمات بهداشت عمومی، به نتایج چشمگیری دست یابند (۶)

در مراحل اجرایی برنامه درهر شهرستان، ابتدا مربیان بهورزی وکاردان‌های بهداشتی با برنامه کشوری بهداشت روانی آشنا شدند، آنگاه بهورزان موارد شناسایی شده از نیازمندان بهداشت روانی را به کاردان‌های بهداشتی و پزشک عمومی ارجاع داده، پزشکان عمومی و سطح تخصصی بعدی با درمان و نظارت خود شبکه وسیع خدمات بهداشت روانی را تکمیل کردند (۲). هدف، اجرای برنامه ادغام بهداشت روان در سیستم مراقبت های بهداشتی اولیه می باشد که شامل: آموزش ، بیماریابی، ارجاع، پیگیری و آموزش می‌باشد.

نتایج پژوهش محیط و همکاران، نشان داد که اجرای برنامه بهداشت روانی کشور و ادغام آن در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه موجب شناسایی بیش از ۶۰۰۰ بیمار روانی در منطقه مورد بررسی توسط بهورزان و پزشکان عمومی شد، نگرش و آگاهی بهورزان در مورد بهداشت روان رشد خوبی را نشان داد و بیش از ۸۷٪ بیماران به جای روش‌های سنتی از مراکز پزشکی برای درمان خود استفاده کردند (۶). درنتایج ارزشیابی کشوری بهداشت روان در سال ۱۳۷۴ در هر هزار نفر جمعیت۱/۱ بیمار شدید روانی، ۵/۴ بیمار خفیف روانی، ۲/۶ عقب مانده‌ی ذهنی و ۲/۳ بیمار مبتلا به صرع گزارش گردید (۷).

از طرف وزارت متبوع و بر اساس مطالعات قبلی و برآوردهای به عمل آمده فراوانی نسبی قابل انتظاری برای بیماری‌ها و اختلالات روانی تعریف شده است که این حد انتظار کشوری شاخص‌های بیماریابی دربرنامه ادغام بهداشت روان برحسب فراوانی درهزار: در بیماران روانی خفیف، روانی شدید، صرع، عقب‌ماندگی ذهنی و سایر موارد می‌باشد. و در جدول ۱ درج گردیده است (۹-۸).

افراد خانواده بیماران روانی اغلب اولین مراقبین آن‌ها هستند و از حمایت‌های فیزیکی گرفته تا بار سنگین هزینه‌های درمان و مراقبت ازبیماران شان به عهده آن‌ها است و این مسأله فشار زیادی را برای خانواده ها ایجاد می‌کند. عدم مراجعه به پزشک و عدم درمان به هنگام، موجب می‌شود که اختلال روانی مزمن شود و درمان آن دشوارتر گردد و نهایتاً بیمار

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-17]

بیش از پیش از عوارض اختلال روانی درمان نشده، در رنج باشد. مراقبت‌های بهداشتی اولیه بهترین راه برای حصول اطمینان از این است که مردم مراقبت‌های سلامت روان مورد نیاز خود را دریافت می‌کنند. این خدمات قابل دسترس، کم هزینه و مقرون به صرفه هستند. هم چنین مراقبت‌های بهداشتی اولیه موجب می شود تا از درمان مردم باشیوه‌ای مناسب اطمینان حاصل شود. با ادغام سلامت روان درمراقبت‌های بهداشتی اولیه کیفیت زندگی برای بیماران وخانواده آن‌ها افزایش می‌یابد.

این مطالعه با هدف بررسی شاخص‌های بیماریابی این برنامه از سال ۸۵-۸۰ و مقایسه آن با حد انتظار کشوری انجام گردید.

جدول ۱. ارزشیابی نتایج کشوری بهداشت روان با حد انتظار کشوری در سال‌های ۱۳۷۴ الی ۱۳۷۸

نوع بیماری	نتایج ارزشیابی کشوری سال ۱۳۷۴(درهزار)	میانگین بیماریابی بهورزان در سال ۱۳۷۸(درهزار)	حد انتظار کشوری فراوانی (درهزار)
روانی شدید	۱/۱۵	۱/۲۴	۲/۵
روانی خفیف	۵/۳۵	۴/۱۴	۴
صرع	۲/۲۵	۲/۱۲	۳
عقب مانده ذهنی	۲/۶	۲/۵۸	۳
سایر موارد*	۱/۲۵	۱/۲۳	۲/۵
کل	۱۲/۶	۱۱/۳۱	۱۵

*سایر موارد: منظور بیمارانی است که دارای سایر اختلات روانی و عصبی مانند: بی‌اختیاری در کنترل ادرار، پارکینسون ، اختلالات سایکوسوماتیک و... می‌باشند.

روش‌ها

این مطالعه یک مطالعه توصیفی مقطعی بود. جمعیت مورد مطالعه: افراد از۵ سالگی تا بالای ۶۵ سالگی تحت پوشش برنامه بهداشت روان (جدول ۲) و شامل کلیه مراجعینی بود که با مشکلات و اختلالات روانی و عصبی در سال های ۸۵-۸۰ به خانه‌های بهداشت، مراکز بهداشتی درمانی روستایی و یا مراکز بهداشت شهرستان‌ها مراجعه نموده و خدمات بهداشت روان را دریافت نموده بودند.

خلاصه ای از شرح وظایف بهورزان:

۱-بیماریابی: بیماریابی فعال بیماران روانی- عصبی در ابتدای هرسال و بیماریابی غیر فعال در طول سال

۲-ارجاع: ارجاع موارد مشکوک شناسایی شده طی بیماریابی و سایر بیماران تحت مراقبت مطابق دستورالعمل بهورزی

۳-پیگیری: پیگیری و ثبت دقیق فرم ارجاع و مراقبت بیماران روانی-عصبی و فرم پیگیری بیماری‌ها در پرونده خانوار

۴-آموزش: تسلط بر جزوه آموزشی بهداشت روان، آموزش‌های چهره به چهره و حداقل هر ماه یک بار آموزش گروهی مردم با ثبت در دفتر پویائی آموزش سلامت.

۵-ثبت و ارائه آمار ماهیانه شامل فرم آمار ماهیانه بیماری‌های روانی_ عصبی و فرم فصلی خلاصه گزارش آموزش بهداشت روان (۱۰)

بیمارانی که طبق دستور پزشک نیاز به پیگیری داشتند هرماه توسط بهورز مورد پیگیری قرار می‌گرفتند و بیمارانی که به دلایل مختلف مانند: بهبودی، مهاجرت، عدم مراجعه و یا فوت، قطع پیگیری و از مطالعه خارج شدند.

اطلاعات از طریق بررسی مستندات و فرم‌های جمع‌آوری اطلاعات (فرم آمار ۱۰۲ بهداشت روان) در سال های ۸۵-۸۰ به دست آمد. به این صورت که اطلاعات مربوط به بیمارانی بود که خدمات بهداشت روان را دریافت نموده بودند و در فرم آمار بهداشت روان ثبت و در پایان هر ماه درسه سطح خانه بهداشت، مرکز بهداشتی درمانی روستایی و مرکز بهداشت

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-17]

شهرستان جمع‌بندی گردید و به مرکز بهداشت استان ارسال شد. در پایان هرسال اطلاعات بیماران بهداشت روان مربوط به هرسال جمع‌بندی شد. این مستندات درسال‌های مورد بررسی (۸۵-۸۰) با شاخص کشوری مقایسه و با نرم‌افزار آماری spss-15 مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت.

جدول ۲. جمعیت تحت پوشش بهداشت روان درمناطق روستایی استان اصفهان از سال ۱۳۸۵-۱۳۷۹

سال	جمعیت تحت پوشش روستایی
۱۳۷۹	۸۶۶۸۴۸
۱۳۸۰	۹۵۹۱۹۵
۱۳۸۱	۹۰۱۹۸۸
۱۳۸۲	۹۵۶۹۲۲
۱۳۸۳	۸۷۹۸۶۶
۱۳۸۴	۷۹۰۲۴۵
۱۳۸۵	۷۶۸۸۶۲

یافته‌ها

با توجه به این که در برنامه ادغام بهداشت روان فراوانی در هزار هر جمعیت به صورت شیوع مورد بررسی قرار می گرفت و تعداد موارد بروز بیماری در سال بعد از آن به عنوان موارد شیوع بوده لذا فراوانی در هزار هر سال با موارد شیوع محاسبه شدند.

دراین بررسی تعداد کل بیماران شناسایی شده از سال ۱۳۸۰ تا ۱۳۸۵ ، ۹۰۱۶ نفر بود که از این تعداد ۴۸۳۵ نفر دارای بیماری خفیف روانی بودند و یافته های این پژوهش نشان داد که در هرسال بیشترین بیماری غربال شده ، بیماری خفیف روانی بود و از سال ۱۳۸۰ تا سال ۱۳۸۵ فراوانی درهزار این بیماری سیر صعودی داشته است و از ارزشیابی کشوری ، میانگین بیماریابی و حد انتظار کشوری هم بالاتر بود.

عقب ماندگی ذهنی هم از سال ۱۳۸۰ تا ۱۳۸۵ سیر صعودی داشته است و فراوانی در هزار آن از ارزشیابی کشوری ، میانگین بیماریابی و حد انتظار کشوری تا حدودی بیشتر بود.

بیماری صرع نیز از سال ۱۳۸۰ تا ۱۳۸۵ سیر صعودی داشت و فراوانی در هزار آن از ارزشیابی کشوری، میانگین بیماریابی و حد انتظار کشوری تا حدودی بیشتر بود.

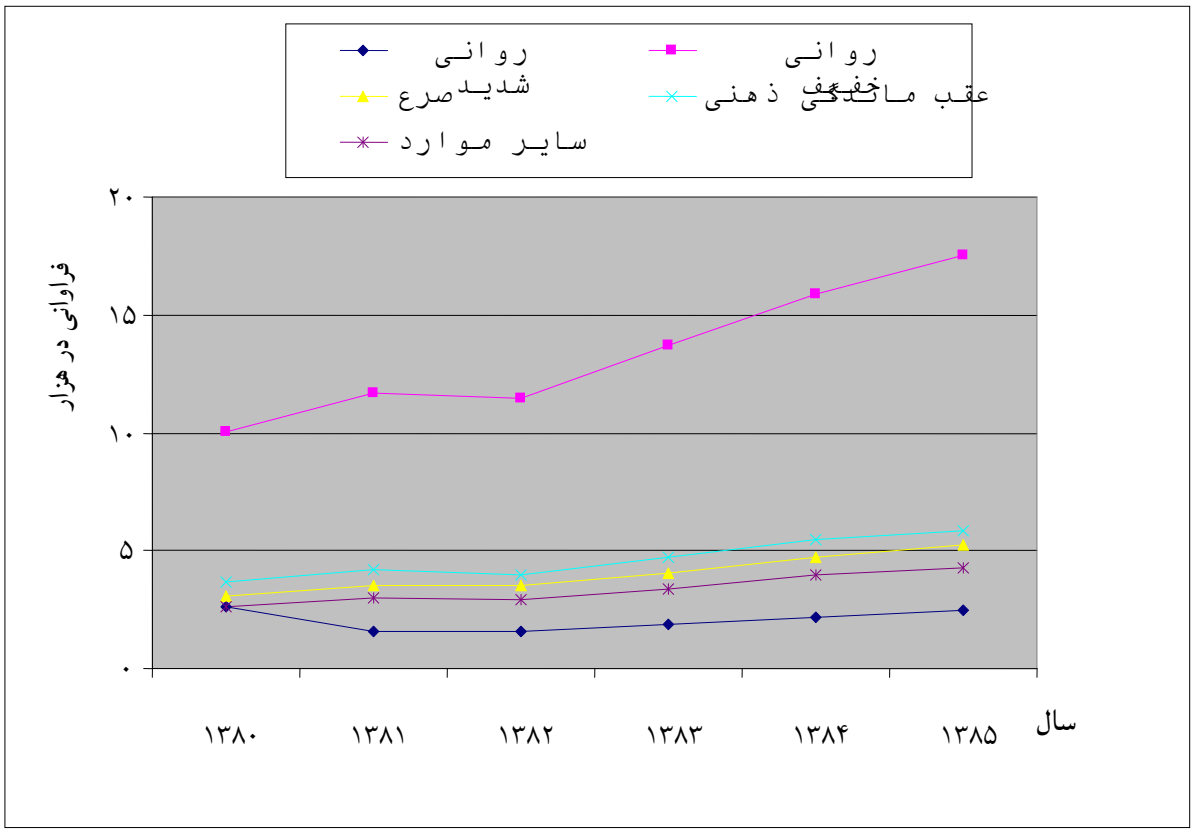
بیماری روانی شدید در سال های ۱۳۸۰ ، ۱۳۸۴ و ۱۳۸۵ با حد انتظار کشوری همخوان بود، اما در سال های ۱۳۸۱ و ۱۳۸۲ و۱۳۸۳ با حد انتظار کشوری همخوان نبود ولی با میانگین بیماریابی و ارزشیابی کشوری همخوان بود .

سایر اختلالات روانی عصبی نیز ازسال ۱۳۸۰ تا ۱۳۸۵ سیر صعودی داشته و فراوانی در هزار آن ازارزشیابی کشوری بیشتر بود و با میانگین بیماریابی و حد انتظار کشوری همخوان بود.

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-17]

جدول ۳. توزیع فراوانی بیماریابی و وضعیت گسترش برنامه ادغام بهداشت روان از سال ۱۳۸۵ – ۱۳۸۰

نوع بیماری / سال	روانی شدید فراوانی در هزار	روانی خفیف فراوانی در هزار	صرع فراوانی در هزار	عقب ماندگی ذهنی فراوانی در هزار	سایر موارد فراوانی در هزار
۱۳۸۰	۲/۶	۱۰/۰۴	۳/۱۰	۳/۷	۲/۶
۱۳۸۱	۱/۵۴	۱۱/۷	۳/۵	۴/۲	۳/۰
۱۳۸۲	۱/۵۶	۱۱/۶۶	۳/۵	۴/۰	۲/۹
۱۳۸۳	۱/۸۷	۱۳/۶۸	۴/۰۸	۴/۷۴	۳/۳۹
۱۳۸۴	۲/۱۸	۱۵/۹	۴/۷۳	۵/۴۶	۳/۹۹
۱۳۸۵	۲/۴۶	۱۷/۵	۵/۲۶	۵/۸۶	۴/۲۸
ارزشیابی کشوری	۱/۱۵	۵/۳۵	۲/۲۵	۲/۶	۱/۲۵
میانگین بیماریابی	۱/۲۴	۴/۱۴	۲/۱۲	۲/۵۸	۳
حد انتظار کشوری	۲/۵	۴	۳	۳	۲/۵



نمودار ۱ . فراوانی بیماریابی در برنامه غربالگری بهداشت روان

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-17]

بحث

هدف این پژوهش بررسی وضعیت غربالگری بیماران دربرنامه ادغام بهداشت روان در مراکز بهداشتی- درمانی روستایی استان اصفهان از سال ۱۳۸۰ تا ۱۳۸۵ بود.

اولین ارزشیابی برنامه ادغام بهداشت روان در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه درشهرکرد چهارمحال و بختیاری انجام گرفت، میزان بیماریابی بهورزان در طول یک سال اجرای برنامه (۱۳۶۹– ۱۳۶۸) ، ۲۴۸ بیمار یعنی حدود ۸/۵۸ درهزار نفرجمعیت بود (۱۲–۱۱).

درنتیجه تلاش‌های مستمر، تا پایان سال ۱۳۷۴، حدود ۶ میلیون نفر تحت پوشش قرار گرفتند که ۴ میلیون نفر روستایی بودند. میزان جمعیت تحت پوشش در سال ۱۳۷۶به ۱۰میلیون نفر رسید . از کل کشور ۳۰/۱ درصد (۶۳٪ از جمعیت روستا نشین و ۱۰/۸٪ جمعیت شهرنشین) تحت پوشش طرح ادغام بهداشت روان در مراقبت های بهداشتی اولیه قرار گرفتند (۳) .که می‌تواند به علت قدمت برنامه، موظف نبودن بهورزان نسبت به پیگیری فعال این بیماران و پایین بودن میزان آگاهی و نگرش بیماران و خانواده آنان باشد.

نتایج ارزشیابی برنامه کشوری بهداشت روان ایران که توسط مرکز همکاری های مشترک بهداشت روان و انستیتو روان‌پزشکی تهران و سازمان جهانی بهداشت در سال ۱۳۷۴ انجام گرفت، نشان داد که ادغام برنامه بهداشت روان در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه، موجب شناسایی بیش از۶۰۰۰ هزار بیمار روانی در مناطق مورد مطالعه گردیده و میزان بیماریابی بهورزان در جمعیت ۴۸۳۴۶۵ نفری، ۱۲/۵۹ در هزار نفر جمعیت بود (۱۳) . ادغام بهداشت روان در سیستم مراقبت‌های بهداشتی اولیه PHC ، نیاز به تداوم استقرار در نواحی روستایی کشور دارد؛ ۳۷٪ جمعیت روستانشین ، هنوز تحت پوشش نیستند و تکمیل این امر در پنج سال آینده قابل دسترسی می‌باشد (۱۴).

شاخص‌های بیماریابی: منظور شاخص‌های مربوط به فراوانی نسبی بیماران روانی شدید ، روانی خفیف ، صرع ، عقب‌ماندگی ذهنی و سایر موارد می‌باشد که در هر کدام از طبقه‌بندی‌ها با توجه به جمعیت تحت پوشش در هـر منطقه و برحسب در هزار سنجیـــده می‌شود (۱۵–۱۴) .

در بررسی‌های به عمل آمده مشخص گردید که میزان بیماریابی بیماران خفیف روانی نسبت به بیماریابی بیماران روانی شدید، صرع، عقب‌ماندگی ذهنی و سایر موارد بیشتر بوده است. با توجه به این که این برنامه از سال ۱۳۶۸ شروع شده بود ، قبل از سال شروع بررسی یعنی سال ۱۳۸۰ وضعیت گسترش برنامه برای بیماران تحت پوشش برنامه به صورت: روانی شدید ۱/۲۴۸ در هزار ، روانی خفیف ۹/۹۶ درهزار، صرع ۳/۱۵ در هزار، عقب‌مانده ذهنی ۳/۸۲ در هزار و سایر اختلالات روانی ۲/۷۹ درهزار بود .

یافته‌های این پژوهش از پژوهش (حسن زاده ۱۳۷۱) که در آن فراوانی بیماری روانی شدید ۱/۷، بیماری روانی خفیف ۲/۹ ، صرع ۱/۰ و عقب ماندگی ذهنی ۳/۴ گزارش گردید، بیشتر بود (۵). هم‌چنین یافته‌های این پژوهش در مقایسه با پژوهش (بوالهری و محیط ۱۳۷۲) در هشتگرد که فراوانی بیماری روانی شدید ۰/۵۸، بیماری روانی خفیف ۱/۳، بیماری عقب‌ماندگی ذهنی۱/۱ گزارش گردید، بیشتر بود(۴) .

میزان همه گیرشناسی در این پژوهش از ۱۸/۴ در سال ۱۳۸۰ به ۳۵/۳۶ در سال ۱۳۸۵ رسیده است و از پژوهش منطقه‌ی ساوج بلاغ که در جمعیت میزان همه گیرشناسی بیماری‌های روانی ۱۲ نشان داده شده، بیشتر بود (۱۶).

یافته‌های این پژوهش از یافته‌های پژوهشی ماهاجان وگوپتا، به نقل از عبهری که میزان بیماریابی بیماری روانی شدید را نزدیک به ۱/۱ ، بیماری روانی خفیف را ۴/۴-۴/۱، بیماری صرع را ۲/۷ و عقب‌مانده ذهنی را ۲/۵ نشان دادند، بالاتر بود(۱۶)

یافته‌های این پژوهش از یافته‌های (دواساز ایرانی ۱۳۸۰) در مناطق روستایی اندیمشک، که میزان شیوع بیماری‌های روانی برپایه‌ی ارزیابی گروه بهداشتی ۱۰ نفر در هر هزار نفر بود بیشتر بود که برای گروه روانی شدید ۱/۱ در هزار، گروه روانی خفیف ۳/۷ در هزار، صرع۷ /۲ در هزار و گروه عقب ماندگی ذهنی ۲/۵ در هزار گزارش گردید (۹) .

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-17]

یافته‌های این پژوهش از یافته‌های (طیری و همکاران ۱۳۸۲) در شهرستان سنندج که فراوانی بیماران شدید روانی را ۰/۵، بیماران خفیف روانی۰/۵۳، صرع ۱/۳، عقب ماندگی ذهنی ۱/۸ و سایر اختلالات روانی عصبی را ۰/۱ نشان داد، بیشتر بود.ضمنا در مطالعه طیری نشان داده شد که ادغام بهداشت روان در نظام مراقبت های بهداشتی اولیه با موفقیت‌هایی همراه بوده است (۱۷).

هم‌چنین مطالعات نشان داده بیماریابی اعصاب و روان در شهرستان سرخس به طور کلی بالاتر از حد انتظار کشوری بود ولی به طور خاص در اختلالات روانی شدید پایین‌تر از آن بود. نتایج این بررسی مؤید آن است که حداقل ۴٪ جمعیت شهرستان نیازمند خدمات سرپایی یا بستری بهداشت روان بودند (۱۸). هم‌چنین یافته‌های پژوهش بوالهری (۱۳۹۰) نشانگر موفقیت برنامه ادغام بهداشت روان در مراقبت‌های بهداشتی اولیه بود (۱۹).

کمی بالاتر بودن فراوانی در هزار بیماری روانی شدید، صرع، عقب‌ماندگی ذهنی و سایر اختلالات روانی از حد انتظار کشوری به علت قدمت برنامه بوده و با آن که آگاهی و نگرش نسبت به بیماری‌های روانی در بهورزان، خانواده بیماران روانی و جامعه روستایی در طول بررسی تا حدودی ارتقاء یافته، اما خاطر نشان می‌شود که بیماریابی، ارجاع و پیگیری بیماران امری پویا و مستمر است و نیازمند تغییر و اصلاحات اساسی در برنامه‌های اجرایی و نظارتی در ابعاد وسیع و بازنگری برنامه و حد انتظار کشوری می‌باشد.

نتیجه‌گیری

به طورکلی یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که ادغام بهداشت روان درنظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه در مناطق روستایی استان اصفهان با موفقیت‌هایی همراه بود واگرچه میزان بیماریابی بیماری خفیف روانی نسبت به دیگر بیماری‌ها بیشتر بود و فراوانی در هزار آن از اکثر پژوهش‌های انجام گرفته بالاتر بود ولی یکی از دلایل بالاتر بودن آن می‌تواند قدمت برنامه ادغام بهداشت روان در استان اصفهان باشد که از اواخر سال ۱۳۶۷ به عنوان پایلوت کشوری طرح ادغام بهداشت روان در شبکه بهداشت و درمان شهرستان شهرضا به اجرا در آمد و۱۳ شهرستان در هنگام شروع این بررسی تحت پوشش برنامه قرار داشتند و تا سال ۱۳۸۳، ۷ شهرستان دیگر به برنامه اضافه شدند و بالطبع بیماران بیشتری تحت پوشش برنامه قرار گرفتند.

دلیل دیگر این که بیماران خفیف روانی خودشان به خانه بهداشت و یا پزشک مراجعه می‌کردند و نیازی به کمک دیگران نداشتند و دلیل سوم بالاتر بودن فراوانی در هزار این بیماران نسبت به حد انتظار کشوری، موظف نبودن بهورزان نسبت به پیگیری فعال این بیماران و بطور صحیح رعایت نکردن دستورات دارویی و بی اهمیت تلقی کردن آن توسط بیماران موجب عدم بهبودی کامل آن ها و مراجعات مکرر آن‌ها می‌گردید.

.

محدودیتها

محدودیت‌های این مطالعه: حساسیت غربال گری توسط کارکنان بهداشتی (بهورز) پایین است. سیستم ارجاع خصوصاً در سطوح مرکزی‌تر به طور مؤثر کار نمی‌کند. تغییر و جابجایی مکرر پزشکان مراکز بهداشتی درمانی روستایی و کمبود کاردان مبارزه با بیماری ها در مراکز بهداشتی درمانی روستایی بود که باعث کندی پیشرفت ادغام بهداشت روان در سیستم شبکه‌ها می‌گردید

.

پیشنهادات

ادغام بهداشت روان در سیستم مراقبت‌های بهداشتی اولیه PHC، نیاز به تداوم استقرار در نواحی روستایی کشور را داشت؛ ۳۷٪ جمعیت روستانشین، در زمان مطالعه تحت پوشش نبودند و تکمیل این امر تا پنج سال بعد می‌توانست قابل دسترسی باشد. سیستم ارجاع خصوصاً در سطوح مرکزی تر به طور مؤثر کار نمی‌کرد. بنابراین برای فایق آمدن بر نارسایی‌های موجود در ادغام بهداشت روان انجام فعالیت‌هایی مورد نیاز بود که مقدم بر همه آن‌ها بازآموزی بهورز می‌باشد.

با توجه به این که اجرای برنامه ادغام بهداشت روان در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه باعث بیماریابی بیماران در محل

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-17]

سکونت آن‌ها شد و باعث گردید که بیماران ازحمایت‌های عاطفی و اجتماعی خانواده در محل سکونت خود برخوردارگردند، پیشنهاد می‌شود بیمارن خفیف روانی نیز درحد امکان مورد پیگیری قرار گیرند و آموزش بهداشت روان به کادر بهداشتی (به خصوص بهورزان) و بازآموزی آن‌ها در فواصل منظم صورت پذیرد. در این راستا با تداوم بازآموزی و آموزش بهورز به خانوارهای تحت پوشش بیماران بیشتری شناسایی و آمار بیماران شناسایی شده به حد انتظار کشوری نزدیک می شود.

References

1. Shah Mohammadi D. Mental Health integration report in primary Health care in rural areas of Shahrekord. Tehran: Publication office of disease prevention and combating; 1993.
2. Bolhari J. Mental health for health professional. Tehran: Boshra publication; 2002.
3. Atef V. Mental health policy , mental health achievements and challenges in Iran. Journal of social welfare 2004;4(14);41-57.
4. Bolhari J, Mohit A. Evaluating of Mental Health integration in primary Health care in rural areas of Hashtgerd 1991-1993.Journal of thought and behavior 1995;2(1):16-24.
5. Hasan Zadeh S M. Evaluating of Mental Health integration in primary Health care system in Shahreza. Journal of Drug and treatment 1992;10(110):23-7.
6. Murthy RS. Rural psychiatry in developing countries. Psychiatr Serv 1998;49(7):967-9.
7. Mohit A, Shah Mohammadi D, Bolhari J. A national mental health evaluation. Journal of thought and behavior 2004;3(3):4-16.
8. Bolhari J, Bina M, Bagheri Yazdi A. Evaluating the performance of general practioners in mental health centers of rural areas of Iran. Teb & Tazkieh Journal 1997; 25:7-12.
9. National mental health program in urban and rural areas. [online]. Available from: http://www.mums.ac.ir
10. Davasaz Irani R. The integration of mental health program in primary health network of andimeshk. Journal of thought and behavior 2004;10(2):110-15.
11. Introducing mental health program. [online]. Available in: www.http://phc.mui.ac.ir/fa/content.
12. Bagheri Yazdi S A, Malek Afzali H, Shah Mohammadi D, Naghavi M, Hekmat S. Evaluating the performance of health workers and volunteers in providing mental health services in primary health care network of Brojen, chahar mahal & Bakhtiari. Hakim research Journal 2001;4(2): 100-109.
13. Noorbala AE, Mohammad K, Bagheri Yazdi SA, Yasemi MT. Review on mental health in Iran. Hakim Journal 2001;5(1):1-10.
14. Bolhari J, Bina M, Ehsan Manesh M, Karimi A. Knowledge , attitude and performance evaluation of health workers. Journal of thought and behavior1997;3(2):4-12.
15. Yasemi MT, Shah Mohammadi D, Bagheri Yazdi SA, Layeghi H, Razaghi AM, Bina M, et al. Mental Health in Islamic Republic of Iran, Achievements and needs. [online]. Available from: http://bpdanesh.ir/detailnews.asp
16. Abhari M. Descriptive report of mental health services in primary health care in Savojbolagh. Journal of thought and behavior 1998;4(3):29-40.
17. Teyri F, Asghar Nezhad Farid AE, Bolhari J, Ghazi Zadeh A. Evaluation the integration of mental health in primary health care systems of rural areas of Sanandaj. Iranian Journal of Psychiatry and clinical psychology 2006;12(4):403-9.

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-17]

18. Nik Khah P. Mental health screening in integration program of mental health services in health care networks of Sarakhs. 2005-2011. Abstract Book of congress of family medicine`s role in health system.2012
19. Bolhari J, Ahmad Khaniha H R, Hajebi A, Bagheri Yazdi SA, Naserbakht M, Karimi Keisami A, Tahmasebi S. Evaluation the program of integration mental health in primary health care system in Iran. Iranian Journal of Psychiatry and clinical psychology 2011;17(4):271-78.

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-17]

The review of screening's index in programme of mental health integration in health networks of Esfahan and compared with country index.

Mahnaz Kelishadi [1], Golnaz Eslamian [2], Mozhdeh Ghasemi [3]

Original Article

Abstract

Background: The purpose of the national mental health program was to provide minimum psychological services to all Iranian people by the year 2000. In 1988 the integrated mental health program in primary health care was conducted in Shahrekord and Shahreza. The aim of this project was to evaluate the effectiveness of integrating mental health program in health system. Because of the positive results of the study, mental health program was declared as the ninth element of PHC in 1990 and was gradually spread across the country. The aim of this study is to assess the patient finding indicators between 2001 and 2006 and compare them with the national expected limit.

Methods: This study was a longitudinal cross-sectional study. Sampling method was census and the sample size included the information of all patients who were under the mental health program during the years 2001 to 2006. This information was collected through evaluating standard form documentations for information of the mental health patients (No.102). At the end of each year, that year's information of mental health patients was categorized and, then, the results were analyzed by SPSS software. In this study, the patients were identified (severe and mild psychological disorders, epilepsy, mental retardation and other cases) and then compared with the national expected limit. Less than 0.05 P-value was considered as significant level.

Findings: Patient-finding indicators for severe mental disorder increased from 1.248to 2.46 per thousand, mild disorders from 9.96 to 17.5, epilepsy cases from 3.15 to 5.26, mental retardation from 3.82 to 5.86, and other psychological disorders from 2.79 to 4.28 between the years 2001 and 2006 which is more than the national expected limit.

Conclusion: The results of this study showed that the case finding of mild mental patients is higher than both the national expected limit and severe mental illness, epilepsy, mental retardation or other mental disorders, which requires more training of health workers, increasing the awareness of people about the symptoms of mental disorders and on time refers to medical centers.

Key Words: Case Finding Indicators, Integrated Mental Health Program, Mild & Severe Mental Disorder

Citation: Kelishadi M, Eslamian G, Ghasemi M. **The review of screening's index in programme of mental health integration in health networks of Esfahan and compared with country index.** J Health Syst Res 2015; 11(3):486-495

Received date: 09.03.2014 **Accept date: 24.12.2014**

1. Health center of Isfahan, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran
2. Pediatric Resident, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran(Corresponding Author) Email: dr_g.eslamian@yahoo.com
3. Obstetetrician, Attendant of Shahid Beheshti Hospital Research, Isfahan, Iran.

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-17]