

بررسی عملکرد بهداشت روانی پزشکان عمومی در مراکز بهداشتی درمانی روستائی ایران (۱۳۷۴)

نویسندگان: دکتر مهدی بینا^۱، دکتر جعفر بوالهروی^۲

سید عباس باقری یزدی^۳

(۱) روانپزشک و دانشیار دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

(۲) روانپزشک، عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران

(۳) کارشناس ارشد روانشناسی بالینی

چکیده:

در چارچوب ارزشیابی برنامه ده ساله ادغام بهداشت روان در مراقبتهای بهداشتی اولیه در ایران، عملکرد ۹۱ پزشک عمومی شاغل در مراکز بهداشتی، درمانی روستائی تحت پوشش برنامه که با استفاده از روش نمونه گیری تصادفی چند مرحله ای انتخاب گردیدند، مورد مطالعه قرار گرفت. نتایج این بررسی نشان داد که با ادغام بهداشت روان در این مراکز تعداد ۸۲۸۳ بیمار، یعنی حدود یک درصد جمعیت روستائی تحت پوشش این مراکز، از درمان و سایر خدمات بهداشت روان برخوردار شده اند و پزشکان آموزش دیده این مراکز قادر به تشخیص و درمان این بیماران روانی مراجعه کننده بوده و تنها ۲۰/۳ درصد آنها را به متخصص سطح بالاتر ارجاع داده اند. علاوه بر فعالیتهای اجرایی و درمانی بیماران روانی، آموزش بهداشت روان به خانواده ها از جمله عمده ترین فعالیت آنها در اجرای برنامه بوده و از بحث گروهی و سخنرانی برای آموزش افراد جامعه و کارکنان شاغل در مراکز استفاده می کنند.

بیشترین درصد بیماران مراجعه کننده موارد نورو تیک (۴۷/۸٪) و بیشترین فوریتهای روان پزشکی به این پزشکان را، تشنج و حملات هیستریکی تشکیل داده اند (۵۷/۸٪). پذیرش بیمار روانی در جامعه، مسئله ارجاع و پیگیری آنها از جمله مشکلاتی بوده که پزشکان مورد مطالعه در راه اجرای برنامه بهداشت روان با آن مواجه بوده اند. برنامه های مدون آموزش بهداشت روان به افراد جامعه و همکاری های درون بخشی و برون بخشی از جمله مواردی هستند که در این مطالعه، در راستای پیشبرد هر چه بیشتر و بهتر برنامه پیشنهاد گردیده است. این پژوهش نشان داد که با موفقیت پزشکان عمومی در برنامه بهداشت روانی ده سال گذشته کشوری، می توان با رفع نارسائیهای آن در آینده کمک بزرگی به اجرای برنامه بنماید.

کلیدواژه: عملکرد پزشکان عمومی، ادغام بهداشت روان، مراقبتهای بهداشتی اولیه

مقدمه

امروزه با وجود اینکه در اغلب نظام های بهداشتی موجود، بخشی از امکانات و تسهیلات تخصصی برای درمان بیماران روانی در نظر گرفته شده، اما غالباً نیازهای بهداشت روانی افراد نادیده گرفته می شوند و الگوهای آموزشی برای کارکنان بهداشتی خصوصاً پزشکان، در چنین نظام هایی بیشتر بر روی گروه خاصی از بیمارها متمرکز است (سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۹۰).

درمان بیماران روانی در بسیاری از کشورهای جهان، در گذشته بصورت اعزام آنها

به بیمارستانهای روانی در دست منظور. نگهداری بوده و خدمات بهداشت روانی تنها توسط متخصصین بهداشت روانی به تعداد محدودی از افراد نیازمند داده می شده است. لیکن در حال حاضر تاکید عمده نظام های بهداشتی موجود، بر درمان سریانی و عرضه خدمات در نزدیکترین محل سکونت بیماران بوده و هدف جلوگیری از بستری شدنهای مکرر و بازگشت سریع بیماران به محل کار و زندگی شان می باشد. درمان بیماریهای روانی، با استفاده از برنامه ای آموزشی

ادغام بهداشت روان در شبکه مراقبتهای اولیه بهداشتی در کشورهای در حال توسعه باعث کاهش میزان بستری مکرر بیماران در بیمارستانهای روانی و کارآمدی کارکنان بهداشتی در درمان بیماریهای روانی شده است (مؤسسه ملی بهداشت روانی و علوم عصبی بنگلورهند (۱۹۹۰)، سازمان جهانی بهداشت، (۱۹۹۰).

جمهوری اسلامی ایران که از جمله امضاء کنندگان اعلامیه کنفرانس آلماتا در سال ۱۹۷۸ (۱۳۵۷) بوده، بهداشت روانی

فراهم گردید (اداره کل مبارزه با بیماریها، ۱۳۷۱).

ارزشیابی برنامه ادغام بهداشت روان در مراقبتهای بهداشتی اولیه در شهرکرد چهار محال و بختیاری در طول یکسال اجرای برنامه (۶۹-۱۳۶۸) نشان داد که پزشکان عمومی مراکز بهداشتی درمانی روستائی تحت پوشش، قادر به درمان ۸۵/۲۵ درصد موارد ارجاعی بوده و تنها ۱۴/۷۵ درصد بیماران به روان پزشکی (سطح تخصصی شهرستان) ارجاع داده شده اند (شاه محمدی، ۱۳۷۲).

یافته های این بررسی و سایر بررسیهای انجام شده در زمینه ادغام بهداشت روان در ایران (حسن زاده، ۱۳۷۱، بوالهیری و محیط، ۱۳۷۵) دلالت بر این دارند که پزشکان عمومی مراکز بهداشتی درمانی بخوبی از عهده تشخیص و درمان بیماران روانی برآمده و با ارائه برنامه های آموزشی موجب افزایش آگاهی افراد جامعه نسبت به بیماریهای روانی و همچنین تغییر نگرش نسبت به این بیماریها شده اند.

مطالعه حاضر بمنظور ارزشیابی عملکرد پزشکان عمومی سراسر کشور در ارائه خدمات بهداشت روانی در مناطق روستائی تحت پوشش برنامه کشوری بهداشت روانی صورت گرفته است.

اهداف اختصاصی این مطالعه عبارتند از:

- ۱- بررسی بیماران روانی مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی روستائی بر حسب نوع بیماری و شیوه ارجاع
- ۲- بررسی موارد ارجاع فوریتهای روانپزشکی به پزشکان عمومی مراکز مورد مطالعه.
- ۳- بررسی نوع خدمات ارائه شده به مردم

را بعنوان نهمین جزء مراقبتهای بهداشتی اولیه مورد توجه و تاکید قرار داده و با تدوین برنامه کشوری بهداشت روانی و اجرای مقدماتی موفق آن در دو شهرستان شهرضا و اصفهان و شهرکرد چهارمحال و بختیاری، زمینه گسترش برنامه در سایر استانهای کشور کوتاه مدت برای پزشکان عمومی امکان پذیر است (همان منبع، ص ۲۸)، چراکه پس از آموزش قادر خواهند بود، علاوه بر توجه به بیماریهای جسمی، نیازهای روانی و اجتماعی بیماران خود را مدنظر داشته باشند. اجرای چنین برنامه ها و رویکردی پس از اجرای طرح

جدول شماره ۱- توزیع فراوانی مراجعه بیماران تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی روستائی مورد مطالعه بر حسب نوع بیماری و میزان ارجاع (N=۹۱)

نوع ارجاع	مراکز ارجاع		جمع		از خانه بهداشت		پساکوزها
	مراکز ارجاع	به سطح بالاتر	درصد فراوانی	درصد فراوانی	درصد فراوانی	درصد فراوانی	
اسکیزوفرنیا	۱۷۲	۵/۳	۲۴۱	۷	۱۱۷	۴/۹	۲۲۴
مانیا	۲۳	۰/۹	۷۲	۱/۱	۱۸	۰/۸	۵۴
انفردگی پیکوتیک	۱۰۵	۷	۵۸۳	۷/۸	۱۲۹	۶/۹	۴۵۲
دیگر پساکوزها	۵۰	۱/۶	۱۳۴	۰/۵	۸	۰/۹	۱۲۶
نوروزها	۲۸۴	۳۷/۸	۳۱۳۰	۵۰/۱	۸۳۱	۳۴/۷	۲۲۹۹
عقب ماندگی ذهنی	۳۳۸	۱۸	۱۴۹۱	۱۱	۱۸۳	۱۹/۷	۱۳۰۸
صرع	۵۶۱	۱۸/۳	۱۵۲۲	۱۳/۷	۲۲۷	۱۹/۵	۱۲۹۵
عقب ماندگی با صرع	۱۰۰	۳/۱	۲۵۷	۲/۱	۳۴	۳/۴	۲۲۳
سایر موارد	۴۵	۷/۹	۶۵۳	۶/۷	۱۱۱	۸/۲	۵۴۲
جمع	۱۶۷۸	۱۰۰	۸۲۸۳	۱۰۰	۱۶۵۸	۱۰۰	۶۶۲۵

ابزار پژوهش:

پرسشنامه مورد استفاده در این مطالعه دارای ۵۸ پرسش مربوط به عملکرد پزشکان عمومی در مراکز بهداشتی درمانی روستائی بود که به صورت سؤالات باز و بسته، اطلاعات دموگرافیک راجع به مراکز، خدمات و عملکرد پزشکان، نوع فعالیتهای ارائه شده و مشکلات اجرایی برنامه در این مراکز را در برمی گرفت. اعتبار صوری و محتوای این پرسشنامه توسط کارشناسان و اساتید دانشگاهها مورد بررسی قرار گرفت و در مناطق روستائی شمال تهران بصورت آزمایشی اجرا و رفع نقص گردید.

یافته ها:

جدول شماره ۱، اطلاعات مربوط به بیماران مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی مورد مطالعه را بر حسب نوع بیماری و میزان ارجاع به سطح تخصصی شهرستان نشان می دهد. بر اساس این جدول، از ۸۲۸۳ بیمار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی روستائی، بیشترین درصد بیماران مراجعه کننده به مراکز را به ترتیب، بیماران نوروتیک (۳۷/۸٪)، صرعی (۱۸/۳٪) و

جدول شماره ۳- توزیع فراوانی فعالیتهای خدمات ارائه شده به مردم توسط

پزشکان عمومی در مراکز بهداشتی - درمانی مورد بررسی (N=۹۱)

نوع خدمات	فراوانی	درصد
آموزش به خانواده ها	۲۵	۴۱/۳۶
درمان	۲۱	۱۷/۹۴
ارجاع	۱۸	۱۵/۳۹
فعالیتهای اجرایی	۱۸	۱۰/۳۹
آموزش بیشتر به بهورزان	۱۳	۱۰/۱۲
خدمات مشاوره ای و حمایتی	۱۱	۹/۴
شناسایی بیماران و تشخیص	۱۱	۹/۴
جمع فعالیتهای	۱۱۷	۱۰۰

جدول شماره ۲- توزیع فراوانی میزان ارجاع فوریتهای روانپزشکی به

پزشکان عمومی در مراکز بهداشتی - درمانی مورد بررسی (N=۹۱)

فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
۳۹	۲۸/۹	۳۹	۲۸/۹
۲۲	۱۶/۳	۲۰	۱۴/۸
۱۱	۸/۲	۴	۲/۹
۱۳۵	۱۰۰		

مركز بهداشتی درمانی روستائی تحت پوشش، ۹۳ مرکز و از هر مرکز یک پزشک عمومی دوره دیده بهداشت روان جهت تکمیل پرسشنامه تنظیم شده تعیین گردید که با توجه به عدم دسترسی به ۲ پزشک عمومی مراکز یاد شده، جمعاً عملکرد ۹۱ پزشک عمومی این مراکز روستائی با جمعیت تحت پوشش ۸۵۱۷۱۶ نفر مورد ارزیابی قرار گرفت. جمع کل پزشکان مراکز بهداشتی درمانی کشور که در برنامه بهداشت روانی فعال بودند، ۷۸۵ نفر بود و بنابراین نمونه مورد بررسی (۹۱) حدود ۱۱/۶٪ جامعه می شد.

فراوانی	درصد
۳۹	۲۸/۹
۲۲	۱۶/۳
۲۰	۱۴/۸
۱۱	۸/۲
۴	۲/۹
۱۳۵	۱۰۰

توسط پزشکان مورد مطالعه. ۴- بررسی روشهای آموزشی بهداشت روان به مردم توسط پزشکان مورد مطالعه. ۵- بررسی مشکلات و محدودیتهای پزشکان عمومی مراکز یاد شده در اجرای برنامه بهداشت روانی. ۶- بررسی وضعیت داروهای روانگردان موجود در مراکز بهداشتی درمانی روستائی مورد مطالعه.

روش:

آزمودنی ها: آزمودنی های این مطالعه را ۹۱ پزشک عمومی آموزش دیده بهداشت روان شاغل در مراکز بهداشتی درمانی روستائی ۲۴ استان کشور تشکیل دادند. برای انتخاب این افراد از روش نمونه گیری تصادفی چند مرحله ای استفاده شد. بدین معنی که از مجموع ۶۲ شهرستان تحت پوشش برنامه بهداشت روان از زمان شروع برنامه ادغام یعنی سال ۱۳۶۷ تا پایان سال ۱۳۷۱، ۳۱ شهرستان و از هر شهرستان ۳ مرکز بهداشتی درمانی روستائی تحت پوشش انتخاب گردید. در نتیجه از مجموع ۲۳۰

عملکرد پزشکان عمومی شاغل در مراکز بهداشتی-درمانی روستائی تحت پوشش برنامه بهداشت روان بود. بهمین منظور عملکرد ۹۱ پزشک عمومی آموزش دیده بهداشت روان که به شیوه تصادفی انتخاب گردیدند مورد مطالعه قرار گرفت. نتایج بررسی نشان داد که در جمعیت ۸۵۱۷۱۶ نفری تحت پوشش این مراکز، جمعاً ۸۲۸۳ بیمار روانی از خدمات بهداشت روانی برخوردار می باشند. میزان فراوانی بیماران به جمعیت تحت پوشش که بر اساس بیماریابی بهورزان و تعدادی با مراجعه مستقیم صورت گرفته، حدود ۹/۷ در هزار بوده که با نتایج مطالعات حسن زاده (۱۳۷۱)، شاه محمدی (۱۳۷۲) و بوالهروی و محیط (۱۳۷۵) و همچنین نتایج بررسی انجمن تحقیقات هند (موهان، ۱۹۸۷) همخوانی دارد. از این تعداد بیمار، ۳۷/۸٪ نوروتیک، ۱۸/۳٪ صرعی و ۱۸٪ عقب مانده ذهنی بوده اند که از طرفی نیاز جامعه و از سوی دیگر ضرورت مداخلات داروئی و بویژه غیر داروئی را بمنظور ارائه خدمات با کیفیت بیشتر نشان می دهد. ۲۰٪ بیماران تحت پوشش این مراکز (۱۶۵۸)، بطور مستقیم و بدون ارجاع از خانه های بهداشت، تحت درمان قرار گرفته اند. این به آن مفهوم است که بهورزان با دوره های کوتاه مدت آموزش بهداشت روانی توانسته اند حدود ۸۰٪ این بیماران را شناسایی و به پزشکان معرفی نمایند و اگر قرار است که کلیه بیماران از طریق خانه های بهداشت شناسایی، ارجاع و پیگیری شوند، هنوز ۲۰٪ آنان تحت پوشش این برنامه نیستند.

بمنظور تشخیص و ارزیابی دقیق تر،

سخنرانی و بحث گروهی (۳۱/۸٪) بیان کرده و مشکلات مهم خود را در کار بهداشت روانی پیگیری بیماران (۶۹/۳٪)، تصمیم گیری در مورد طول درمان بیمار (۵۹/۲٪) و در تشخیص (۳۹/۳٪) موارد احساس کرده اند.

یافته های مطالعه در ارتباط با موجودی داروهای روانگردان مراکز بر حسب نوع دارو و کمبودهای آن، در جدول شماره ۶ ارائه

جدول شماره ۴- توزیع فراوانی روشهای آموزشی بهداشت روان توسط پزشک عمومی مراکز بهداشتی-درمانی روستائی (N=۹۱)

نوع آموزش	فراوانی	درصد
بحث با کارکنان دیگر بهداشتی	۵۱	۵۶
تهیه بروشور	۹	۱۰
سخنرانی و بحث گروهی	۲۹	۳۱/۸
بدون پاسخ	۲	۲/۲

گردیده است. این یافته ها نشان می دهد که بیشترین مقدار داروی موجود در مراکز را داروهای ضدافسردگی تشکیل داده اند و در بسیاری از این مراکز داروهای ضدصرع بحد کافی وجود ندارد (بجز پروپرانولول که داروی اصلی بهداشت روانی نیست).

اطلاعات مربوط به مشکلات اجرای برنامه توسط پزشکان مورد مطالعه در جدول شماره ۷ آورده شده است که نشان می دهد بیشترین مشکلات آنها در اجرای برنامه ادغام، عدم پذیرش بیماران در جامعه (۲۲/۲٪)، برنامه ارجاع و پیگیری بیماران (۲۰٪) و عدم همکاری سایر بخش ها و ارگانها در ارتباط با برنامه می باشد.

بحث:

هدف اصلی مطالعه حاضر، ارزشیابی

عقب مانده ذهنی (۵/۱۸٪) تشکیل داده اند. پزشکان آموزش دیده قادر به درمان بیشترین بیماران مراجعه کننده بوده و تنها تعداد کمی را (۱۶۷۸ برابر ۳/۲۰٪) به سطح تخصصی بالاتر یعنی روانپزشک ارجاع نموده اند که بیشتر در رابطه با ارزیابی و تشخیص دقیق موارد بوده است. بیشترین موارد بیماران (۶۶۲۵ نفر برابر با ۸۰٪) نیز از خانه های بهداشت ارجاع شده اند که توسط بهورزان

شناسایی و معرفی شده اند.

جدول ۲ تا ۵، منعکس کننده اطلاعات مربوط به ارجاع فوریت های روان پزشکی، خدمات و نحوه ارائه برنامه های آموزشی بهداشت روان و مشکلات پزشکان مورد مطالعه در برخورد با بیماری های روانی می باشد. یافته های این جدول ها نشان می دهد که بیشترین مراجعه فوریتها به پزشکان عمومی تشنج و حملات هیستریکی (۵۷/۸٪)، پس از آن حالت تحریکاتی (۱۶/۳٪) و اقدام به خودکشی (۱۴/۸٪) است. همچنین بیشترین فعالیت های پزشکان عمومی در مورد بهداشت روانی، درمان و ارجاع بیماران (۳۳/۴٪) و سپس آموزش خانواده ها (۲۱/۳٪) است. این پزشکان بیشترین روش آموزش بهداشت روانی خود را بحث با دیگر کارکنان بهداشتی (۵۶٪) و



جدول شماره ۵- توزیع فراوانی مشکلات پزشکان عمومی مراکز بهداشتی درمانی در برخورد با بیماران روانی و صرع (N=۹۱)

نوع خدمات	فراوانی	درصد
پیگیری بیماران	۶۳	۳۱/۶۶
طول درمان	۵۴	۲۷/۱۳
تشخیص	۳۶	۱۸/۱
عوارض دارویی و درمان آنها	۲۶	۱۳/۱۱
دوز مصرف دارویی	۲۰	۱۰
جمع	۱۹۹	۱۰۰

برنامه آموزشی و بازآموزی پزشکان عمومی تدابیر لازم پیش بینی شود.

در رابطه با میزان داروهای روانگردان موجود در مراکز بهداشتی درمانی مورد مطالعه، نتایج این بررسی نشان داد که میزان داروهای اساسی مورد نیاز بیماران در این مراکز روستایی رضایتبخش می باشد. بیشترین تعداد داروهای موجود را داروهای ضد افسردگی و ضد اضطراب تشکیل دادند. با این وجود، بعضی از داروهای مهم همچون داروهای ضد صرع، فلوفنازین دکانویت و تری هگزیل فنیدیل در بسیاری از مراکز مورد مطالعه برای مصرف یک ماهه بیماران کافی نبوده و روشن است که عدم دسترسی به این داروها و قطع درمان دارویی می تواند موجب عود بیماری و یا تشدید علائم در فرد گردد.

در رابطه با مشکلات اجرایی برنامه (جدول ۷)، پزشکان مورد مطالعه، عدم پذیرش بیماران روانی در جامعه، مشکل ارجاع و پیگیری آنها، عدم همکاریهای درون بخشی و برون بخشی و هزینه بالای درمان بیماران در سطوح تخصصی بالاتر را ذکر نموده اند. در بخش دیگری از یافته ها که

عقب ماندگی ذهنی با ۱۸٪، بیشترین مراجعه را پس از بیماران نوروتیک تشکیل داده اند، که این موارد به ترتیب ۱/۷۸ در هزار و ۱/۷۵ در هزار جمعیت عمومی می شود که به نظر می رسد تا رسیدن به سطح ایده آل ارائه خدمات به کلیه این بیماران فاصله زیادی باشد.

این پزشکان، عمده ترین مشکل خود در برخورد با بیماران روانی را، مسئله پیگیری (۶۹/۳٪) و چگونگی طول درمان آنها (۵۹/۲٪) ذکر نموده اند. از آن جایی که در این برنامه، مسئله پیگیری و طول درمان، حائز اهمیت بی شماری است و در پیگیری از عود بیماری نقش بسزائی دارد لذا لازم است در

پزشکان این مراکز، ۲۰/۳ درصد بیماران را به سطح تخصصی بالاتر (مرکز تخصصی شهرستان) ارجاع داده اند. بنابر این پزشکان عمومی نیز با گذرانیدن دوره کوتاه مدت بهداشت روان که میانگینی حدود ۱۲ ساعت داشته است، قادر به تشخیص و درمان حدود ۸۰ درصد بیماران روانی مراجعه کننده بوده اند که یافته های بدست آمده توسط شاه محمدی (۱۳۷۲)، و سریرام و همکاران (۱۹۹۰) را مورد تأیید قرار می دهد.

شایعترین موارد ارجاع فوریتهای روان پزشکی به پزشکان عمومی مراکز مورد مطالعه را تشنج و حملات هیستریکی (۵۷/۸٪) تشکیل داده اند، که توجه به ضرورت آموزش این موارد را در دوره دانشگاهی و بازآموزی آنان نشان می دهد.

یافته های این مطالعه در زمینه خدمات ارائه شده توسط پزشکان نشان داد، هر چند بیشترین درصد فعالیت این پزشکان مربوط به آموزش بهداشت روان (۲۱/۳٪) و درمان و ارجاع بیماران (۳۳/۴٪) است (جدول ۳) اما هنوز عدم پذیرش بیماران در جامعه و ارجاع و پیگیری، عمده ترین مشکل بر سر راه برنامه است.

بیماران صرعی با ۱۸/۳٪ و

جدول شماره ۶- توزیع فراوانی مطلق داروهای روانگردان موجود در مراکز بهداشتی - درمانی و روستائی مورد مطالعه زیر نظر پزشک عمومی (N=۹۱)

نام دارو	تعداد دارو		برای مصرف یکماهه	دارو در مرکز پاسخ	پاسخ ناکافی
	قرص	آمپول			
ضد سایکوز	۱۱۶۲۳۸	۱۰۱۹	۶۷	۱	۱۱
ضد اضطراب	۱۳۲۹۷۷	۲۶۳۰	۶۴	۲	۱۰
ضد افسردگی	۱۷۷۸۱۷	-	۶۴	۲	۱۰
نورابتال	۹۸۵۷۶	۳۹۸	۵۲	۳	۱۴
کاربامازپین	۶۵۵۳۲	-	۴۹	۸	۱۳
فلوفنازین	-	۱۷۲	۱۶	۵۲	۱۸
تری هگزیل فنیدیل	۳۱۸۹۹	-	۴۱	۲۲	۸
پروپرانولول	۲۶۹۲۱	-	۲۸	۱۲	۱۴

دز جدول ها نیامده است، یا مربوط به این پزشکان در ارتباط با رفع مشکلات اجرایی است که عبارتند بودند از:

۱- برنامه ریزی منظم دوره های بازآموزی و

آموزش بهداشت روان جهت پزشکان مراکز بهداشتی درمانی و ارائه این آموزشها به افراد جامعه، بنظر تغییر نگرش و همچنین افزایش آگاهی و

معلومات افراد جامعه و کارکنان شاغل در این مراکز.

۲- جلب حمایت، مشارکت و همکاری سایر ارگانها و واحدهای بهداشتی مرتبط با برنامه.

۳- برگزاری دوره های آموزشی و بازآموزی جهت کارکنان سطوح مختلف ارائه دهنده خدمات بهداشت روان با متون آموزشی مدون و برنامه ریزی منظم جهت پیگیری و ارجاع این بیماران.

نتایج این تحقیق که به منظور بررسی عملکرد اجرایی پزشکان در برنامه ادغام بهداشت روان انجام گرفت نشان داد که می توان خدمات بهداشت روان را توسط پزشکان عمومی و با ادغام در نظام مراقبتهای بهداشتی اولیه در نزدیکترین محل زندگی آنها و در دورافتاده ترین نقاط روستایی کشور به نیازمندان ارائه نمود.

جدول شماره ۷- توزیع فراوانی مطلق و نسبی مشکلات مطرح شده توسط پزشکان عمومی مراکز بهداشتی درمانی در ارتباط با اجرای برنامه بهداشت روان در آن مراکز (۱۳۹۱)

مشکلات	تعداد	درصد
عدم پذیرش بیماران در جامعه	۴۰	۲۲/۲
ارجاع و پیگیری بیماران	۳۶	۲۰
عدم همکاری درون بخشی	۳۳	۱۸/۳
هزینه بالای درمان سطح تخصصی شهرستان	۲۶	۱۴/۵
عدم همکاریهای برون بخشی	۱۳	۷/۲
داروهای اعصاب و روان	۱۲	۶/۷
تشخیص و درمان	۹	۵
نبود تسهیلات و امکانات لازم برای عقب مانده های ذهنی	۶	۳/۳
ندادن پسخوراند و حمایت نکردن سطح تخصصی شهرستان از برنامه	۴	۲/۲
هیچگونه مشکلی وجود نداشته	۱	۰/۶
جمع	۱۸۰	۱۰۰

Neurosciences. (1990). Training of PHC personel in Mental Health care experiences. Bangalore: (NIMHANS).

Sriram, T.G. Moily, S., Uday, Kumar, Chandrashekar, C.R. Isaac, M.K., and Mürthy, R.S. (1990). Training of primary Health care Medical officers in Mental Health Care. General Hospital Psychiatry, 12, 384-389.

WHO (1990). The introduction of Mental Health Component primary Health Care. Geneva: World Health Organization.

سال دهم، شماره ۱۱۰.

شاه محمدی، داود (۱۳۷۲). گزارش جامع از طرح تحقیقاتی ادغام بهداشت روانی در PHC در روستاهای شهرکرد. اداره کل مبارزه با بیماریها، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

ملک افزلی، حسین (۱۳۷۱). وضعیت سلامت مادران و کودکان در ایران، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی. تهران: چاپ نشر بنیاد

National Institute of Mental Health and

منابع:

اداره کل مبارزه با بیماریها (۱۳۷۱) طرح کشوری بهداشت روانی. تهران، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.

بوالهری، جعفر- محیط، احمد. (۱۳۷۵). بررسی ادغام بهداشت روانی در مراقبتهای بهداشتی اولیه هشتگرد ۷۲-۱۳۷۰، مجله اندیشه و رفتار. سال دوم شماره ۱، ۲۰۱-۱۶.

حسن زاده، سیدمهدی. (۱۳۷۱). بررسی ادغام خدمات بهداشت روانی در نظام PHC در شبکه شهرضای اصفهان، مجله دارو و درمان،