



INTERNATIONAL ASSOCIATION
RAZI
FOR MEDICINE & PSYCHOTHERAPY



UNIVERSITÄTS
KLINIKUM

Philipps
Universität
Marburg

PSYCHOLOGISCHES INSTITUT
FÜR PSYCHOLOGIE
UND PSYCHOTHERAPIE
UNIVERSITÄT
DUISBURG ESSEN
Chair of Psychology
Department of Psychological
Science & Psychotherapy

چهارمین کنفرانس بین‌المللی روان‌تنی

ارزیابی و مداخلات روانشناختی در اختلالات روان‌تنی

اعتیاد و اختلالات روان‌تنی

۲۶ تا ۲۸ مهر ۱۳۹۱

دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان (اصفهان)

بررسی وضعیت خدمات بهداشت روان در PHC از دیدگاه عرضه‌کنندگان آن در شهرستان اصفهان

در سال ۱۳۸۹

اسدالله شمس^۱ - مرضیه فتاحی^۲

چکیده

مقدمه: بهداشت روان، علمی است برای بهتر زیستن و رفاه اجتماعی که تمام زوایای زندگی از اولین لحظات حیات جنینی تا مرگ اعم از زندگی داخل رحمی، نوزادی، کودکی تا نوجوانی، بزرگسالی و پیری را در بر می‌گیرد. اصلی‌ترین خطر کجروی‌های اجتماعی در اثر عدم بهداشت روانی، آمار ناهنجاری‌های اجتماعی مانند میزان بیماری‌های خفیف روانی از جمله افسردگی و اضطراب، ترس، ناامنی، و بیماری‌های شدید روانی مانند خودکشی، آسیب رساندن به دیگران، قتل، غارت، اعتیاد، مانیک، پارانوئید، و از این نمونه‌های اجتماعی مانند طلاق، انحرافات جنسی است. بیماری‌های ارثی و مادرزادی مانند سیکو سوماتیک، صرع، ایدز و امثال اینها نیز در اینگونه جوامع آمار بالاتری را نشان می‌دهد. در جامعه ما ایران نیز علی‌رغم وجود ایمان مذهبی که انتظار می‌رود اینگونه ناهنجاری‌ها را به حد اقل ممکن کاهش دهد اما آمار خوبی مشاهده نمی‌شود لذا وجود سازمانه یا ارگان‌های مسئول بهداشت روانی جامعه و ارتقاء دهنده آن با تحقیقاتی مشابه این تحقیق بسیار ضروری است **اهداف:** - تعیین میزان موفقیت اجرای طرح بهداشت روان در نظام PHC از نظر ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی درمانی. - تعیین میزان رضایت ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی درمانی از اجرای طرح بهداشت روان در نظام PHC. - تعیین نمره آگاهی ارائه‌کنندگان خدمات بهداشتی درمان درباره طرح بهداشت روان در نظام PHC. - تعیین میزان نگرش عرضه‌کنندگان خدمات بهداشتی درمانی درباره طرح بهداشت روان در نظام PHC. **مواد و روشها:** مطالعه توصیفی - تحلیلی و مقطعی است. جمعیت مورد مطالعه در این طرح ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی درمانی در سطوح مختلف نظام بهداشت از جمله خانه‌های بهداشت، پایگاه‌های بهداشت، مراکز بهداشتی درمانی شهری، مراکز بهداشتی درمانی روستایی و بیمارستان‌های آموزشی و شبکه‌های بهداشت و درمان شهرستان اصفهان که در ارجاع بیماران روانی نقش داشته‌اند، مورد بررسی قرار گرفته است. جمعیت مورد مطالعه ۳۰۰ نفر بصورت سرشماری برآورد شده است. که

^۱ - نویسنده مسئول، استادیار مدیریت بهداشت با گرایش پداگوژی و عضو مرکز تحقیقات مدیریت و اقتصاد سلامت دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، استادیار

دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، shams@mng.mui.ac.ir

^۲ - دانشجوی کارشناسی مدیریت بهداشت

به علت کمی حجم جامعه از نمونه گیری استفاده نشده و از سرشماری استفاده گردیده است. اما به جهت کم توجهی به قسمت مراقبت های اولیه بهداشتی، تعداد پرسشنامه بی جواب زیاد خواهد بود و به ناچار طبق فرمول های نمونه گیری خوشه ای حداقل تعداد جامعه مورد مطالعه نباید از نصف سرشماری کمتر باشد و تعداد هر گروه مطالعه نیز باید از ۳۰ عدد بالاتر باشد. در این تحقیق پژوهشگر موفق گردید از تعداد ۳۰۰ پرسشنامه توزیع شده تعداد ۲۶۲ پرسشنامه تکمیل شده را دریافت نماید. پرسشنامه ها محقق ساخته و از نوع بسته پاسخ است. چهار قسمت ارزیابی میزان موفقیت بهداشت روان، رضایت از آن، آگاهی و نگرش بصورت سؤالات لیکرت پنج جوابی و بعضاً دو جوابی تهیه شده است. روایی (Validity) پرسشنامه از طریق مشورت با متخصصین مربوطه و پایایی (Reliability) آن از طریق محاسبه آلفا کرونباخ و پس از تصویب و اجازه اجرای پایلوت محاسبه شد. آلفای به دست آمده بالاتر از ۸۰ درصد بود و کل پرسشنامه پذیرفته شد. سؤالات ضعیف نیز از طریق آزمون مربوطه در نرم افزار "SPSS" شناسایی و حذف یا اصلاح گردید. اطلاعات توصیفی با شاخص های مرکزی آمار (فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار) و اطلاعات تحلیلی با آزمون های مربوطه از جمله همبستگی بین +۱ و -۱ و آزمون های کای اسکور برای کیفی ها و آزمون های تی تست و آنالیز واریانس برای کمی ها مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. **بحث و نتیجه گیری**: چهار مولفه اصلی به ترتیب از بالا به پایین عبارت از نگرش به طرح بهداشت روان ($10/80 \pm 66/73$) موفقیت طرح بهداشت روان ($17/12 \pm 59/14$) رضایت از طرح بهداشت روان ($20/59 \pm 45/46$) آگاهی از طرح بهداشت روان ($11/61 \pm 20/56$) می باشد. این بدان معنی است که اغلب کارکنان به اجرای طرح در کل معتقدند اما اطلاع کافی از آن ندارند. بالاترین نظر راجع به موفقیت طرح ادغام بهداشت روان از آن خانه های بهداشت و پایین ترین آن، از آن شبکه بهداشت و درمان شهرستان اصفهان بوده است. بالاترین نظر راجع به رضایت از طرح ادغام بهداشت روان از آن خانه های بهداشت و پایین ترین آن، از آن شبکه بهداشت و درمان شهرستان اصفهان بوده است. بالاترین نظر راجع به آگاهی از طرح ادغام بهداشت روان از آن پایگاه های بهداشت و پایین ترین آن، از آن خانه های بهداشت بوده است. بالاترین نظر راجع به نگرش در مورد طرح ادغام بهداشت روان از آن شبکه بهداشت و درمان شهرستان و پایین ترین آن از آن خانه های بهداشت بوده است. میزان ساعت آموزش دیده کارکنان در حد ۲۹ درصد موید آنست که اکثر کارکنان نیازمند آموزش در این زمینه هستند. میانگین نمره آگاهی نیز با ($20/56$) از سایر مولفه ها (موفقیت، رضایت و نگرش) تا حد نصف کمتر است که نتایج به دست آمده نیز با دوره آموزشی ندیدن کارکنان هم خوانی دارد. در بین چهار مولفه اصلی بین آگاهی و نگرش و بین رضایت و موفقیت و در بین گروه های مورد مطالعه تنها رضایت از طرح ادغام بین آنها تفاوت معنی داری داشت ($Pv < .05$).

واژه های کلیدی: بهداشت روان، ادغام، عرضه کنندگان خدمات بهداشتی درمانی، مراقبت بهداشتی اولیه

مقدمه

بهداشت روان را می توان یکی از قدیمی ترین موضوعات به شمار آورد زیرا بیماری های روانی از زمان های قدیم وجود داشته است. بقراط در حدود ۴۰۰ سال قبل از میلاد عقیده داشته که بیماران روانی را مانند بیماری جسمی باید درمان کرد. اولین بار فیلسوف مشهور یونانی بود که خرافات را درباره ی بیماری های روانی کنار گذاشت و اختلالات روانی را به طرف پزشکی کشانید، درباره ی مالیحولیا و جنون زایمانی تعریف و توصیف کرد و مغز را مرکز اصلی روان دانست. در اوایل قرن ۱۳ و اوایل رنسانس ارتباط جسم و روان و یکپارگی واکنش آن ها مورد بحث قرار گرفت و به علاوه فرضیه ی ابوعلی سینا مسئله این ارتباط را به اسپانیا و کشورهای دیگر کشاند و این زمینه ای برای فرضیه جدید برای بیماری های روان تنی شد.

در سال ۱۹۴۸ در سومین کنگره بین المللی بهداشت روان که در لندن تشکیل شد اساس فدراسیون جهانی بهداشت روان بنیان گذاری شد و در همان سال این فدراسیون به عضویت رسمی سازمان یونسکو و سازمان جهانی بهداشت درآمد بطوریکه این سازمان در ژنو نقش رهبری رسمی فدراسیون جهانی بهداشت روان را به عهده گرفت . از آن تاریخ به بعد هر سال یک جلسه بین المللی و هر چهار سال یکبار کنگره جهانی تشکیل شده و می شود . در نتیجه تلاش و کوشش های پیگیر روز ۱۸ فروردین مطابق با هفتم آوریل روز جهانی بهداشت اعلام گردیده در سراسر جهان مسائل بهداشتی کشورها مورد بررسی قرار می گیرد . ضمنا از مسئولین بهداشتی کشورهای مختلف خواسته شده تا برنامه های بهداشت روانی را جزو برنامه های بهداشت عمومی قرار دهند. (۱) در حالی که جهان با شتاب توصیف ناپذیری به سوی صنعتی شدن و تحولات عمیق در فناوری در حال حرکت است، کماکان موضوع بیماری های روانی و مشکلات روانی و اجتماعی موضوعی اساسی با دورنمایی نه چندان خشنود کننده به حساب می آید. توجه به بهداشت روان در سطح جامعه از اهمیت والایی برخوردار است و حتی می توان سلامت یک جامعه را از طریق ارزیابی بهداشت روان افراد آن جامعه پیش بینی کرد و همچنین هزینه ای که کشورهای جهان بابت درمان بیماری های روانی یا مبارزه با برخی ناهنجاری ها پرداخت می کند، سهم قابل توجهی از بودجه ی کشور ها را به خود اختصاص می دهد، طبق بررسی های انجام شده توسط WHO، تقریباً ۴۰٪ افرادی که به مراکز عمومی مراجعه می کنند دارای مشکلات روانی ناشی از استرس های زندگی هستند که به صورت علائم جسمی بروز داده و موجبات گمراهی نیروهای بهداشتی را فراهم ساخته و موجب عدم رضایت بیماران نسبت به خدمات بهداشتی درمانی و مراکز ارائه آن و بالا رفتن هزینه های درمانی و بهداشتی خواهد شد. همچنین بر طبق گفته ی سیاستگذاران بهداشتی، مراقبت های روان پزشکی در PHC اندک و ناکافی است (۲). پیشرفت صنعت و تکنولوژی ، قدرت و ثروت را افزایش داده ولی امکان زندگی با آرامش و صلح واطمینان را از انسان سلب کرده و در حقیقت " کیفیت فدای کمیت " شده و اعتدال و تناسب کنار رفته و بیماری های عصبی روانی و روان تنی، جانشین آن شده است. برحسب برآورد سازمان جهانی بهداشت امروزه ۲۵ درصد مردم

جهان دچار یکی از انواع اختلالات روانی عصبی رفتاری هستند (به جز اعتیاد به مواد مخدر، الکل و سایر موارد). ناتوانی و از کارافتادگی (disability) ناشی از بیماری های روانی، اغلب شدید و طولانی است و بار سنگینی بر بیمار، خانواده و جامعه تحمیل می کند. بطور کلی بار کلی بیماری ها (Global Burden of Diseases) ۶/۱۰ درصد مربوط به بیماری های روانی است و با محاسبه سال های تقریبی ناتوانی در طول عمر (Disability Adjusted life years: Daly) این رقم به ۲۸ درصد افزایش می یابد. این بررسی ها نشان داده که در طول دو دهه آینده بیماری های روانی بعنوان اولویت عمده بهداشتی کشورهای جهان خواهد بود. بطوریکه هم اکنون از ۱۰ بیماری عمده ای که سبب ناتوانی می شوند چهار بیماری مربوط به اختلالات روانی است. (۱). همچنین عواملی که سبب ازدیاد بیماران بستری در بیمارستان های روانی شده است، عبارت است از: بالا رفتن سطح فهم و درک مردم از بیماری های روانی-زندگی شهری-بهبود وضع بیمارستان های روانی و ازدیاد تخت در این بیمارستان ها-وجود روانپزشکان، روانشناسان، مددکاران اجتماعی و پرستاران-به کاربردن روش های جدید درمانی و مرخص شدن بیماران بلافاصله پس از بهبودی-پیشگیری درمان بیماران به طور سرپایی به منظور جلوگیری از بازگشت بیماری. تعداد ۱۵-۲۰ درصد مردمی که به علت بیماری های جسمی به درمانگاه ها، مراکز بهداشتی، مطب های خصوصی و بیمارستان ها مراجعه می کنند، مشکلات خفیف روانی دارند. در حالی که خودشان از این موضوع بی اطلاع هستند و به علت بی اطلاعی پزشکان، این بیماران، دارو و درمان های مختلفی حتی به صورت سرم و تزریقات وریدی دریافت می دارند. در حالیکه مشکل آنان روانی است و جسمی نیست. اما از طرف دیگر گروه کثیری از مردم از تسهیلات موجود بهداشت روانی کشور استفاده نمی کنند. تقریباً کمتر از ۱۰٪ مردم که نیازمند کمکهای درمانی نوین روانپزشکی هستند موفق به دریافت آن می شوند. اغلب افرادی که به مراقبت های بهداشت روانی نیازمندند، این مراقبت ها را دریافت نکرده اند. افرادی که این نیاز را درک نمی کنند تمایل به استفاده از آن راندارند و باید متذکر شد که نیاز به درک لازم است اما عامل کافی برای حل مشکلات بهداشت روانی نیست. از این رو باید مشکلات بهداشت روانی را شناخت و نیاز به درک مراقبت های بهداشت روانی را در جامعه شناساند.

در دین مبین اسلام بهداشت روانی از دیر باز مورد توجه مسلمانان نیز بوده است و سرچشمه های آن را میتوان در آیات قرآن و احادیث اهل بیت جستجو نمود. شفابخشی قرآن و راهکارهایی که برای مقابله با فشارهای روحی و تامین بهداشت روانی انسان بیان کرده، مورد توجه بسیاری از پژوهشگران بهداشت روانی قرار گرفته است. (۳). امام علی (ع) در حکمت ۳۸۸، می فرماید: آگاه باشید که فقر نوعی بلاست و سخت تر از تنگ دستی بیماری تن و سخت تر از بیماری تن بیماری قلب است. آگاه باشید که همانا عامل تندرستی تقوای دل است. همچنین در حکمت ۱۹۷ می فرمایند: این دلها همانند تن ها خسته می شوند. برای نشاط آن به سخنان تازه حکیمان روی بیاورید. (۴)

در کشور ایران نیز علیرغم آنکه از زمان محمدین زکریای رازی و بعد، ابوعلی سینا به بیماران روانی (دیوانگان آن زمان) توجه داشته و برای آنها از دستورات مختلف دارویی و روش های گوناگونی همچون تلقین استفاده می کردند، ولی بطور رسمی در سال ۱۳۳۶ برنامه های روانشناسی و بهداشت روان از رادیوی ایران آغاز شد و در سال ۱۳۳۸ اداره بهداشت روانی در اداره کل بهداشت وزارت بهداشت وقت، تشکیل گردید. اگرچه از سال ۱۳۱۹ تدریس روانپزشکی در دانشگاه تهران آغاز شده بود. (۱).

جمهوری اسلامی ایران که از امضا کنندگان اعلامیه آلماتا در سال ۱۹۷۸ (۱۳۵۷) بوده، بهداشت روانی را به عنوان نهمین جزء مراقبت های بهداشتی اولیه مورد توجه و تاکید قرار داد. از این لحاظ، نگاهی به تاریخچه ی بهداشت روان در ایران نشان می دهد که در طی چند دهه ی گذشته پیشرفتهای قابل توجهی در زمینه خدمات بهداشت روان در ایران صورت گرفته است. بالاخص برنامه ادغام بهداشت روان در PHC در ایران به عنوان الگویی برای سایر کشورهای منطقه پذیرفته شده است (۵). برنامه کشوری بهداشت روان در سال ۱۳۶۵ توسط کمیته ای تصویب و از سال ۱۳۶۷ به مرحله ی اجرا گذاشته شد که در آن راهبرد محوری ادغام خدمات بهداشت روان در PHC یا به عبارت دیگر شبکه های بهداشتی درمانی کشور بود. یکی از اهداف این برنامه فراهم آوردن خدمات بهداشت روان برای مردم، با تکیه بر قشر آسیب پذیر و محروم و تشویق مشارکت جامعه در ارائه خدمات بود. (۶). به همین دلیل در چهل و چهارمین اجلاس سالانه وزرای بهداشت کشور منطقه مدیترانه شرقی در تهران در سال ۱۳۸۰ برنامه های بهداشت روان ایران به عنوان یکی از بهترین الگوهای موجود شناخته شد. (۵). اما از همان ابتدای کار یک نگرانی وجود داشت و آن هم نحوه ی اجرایی کردن یکی از اهداف اصلی برنامه یعنی افزایش آگاهی مردم نسبت به مشکلات بهداشت روان بود. که این امر بدون آگاهی ارائه دهندگان خدمات نسبت به سلامت روان میسر نمی شود. و در پی آن نگرش آنان به فعالیت هایی در ضمن وظیفه ی آنان آورده شده، از جمله ارائه خدمات بهداشت روان در عملکرد هرچه بهتر طرح بهداشت روان مهم می باشد. زیرا افرادی که یک نگرش مثبت نسبت به فعالیت های خود و و یا بی هدف بودن و ناکارآمدی فعالیت خود دارند، نمی توان انتظار موفقیت در اجرا را داشت. (۷)

در ایران می توان ۴ دوره برای ارتقاء بهداشت روان را در نظر گرفت. دوره اول که تا سال ۱۳۲۰ ادامه یافت و دارالمجانین ها با شرایط بسیار نامناسب وجود داشتند. دوره دوم از سالهای ۱۳۲۰ یعنی هنگامی که دانشکده پزشکی در کشور تاسیس، و روانپزشکی به عنوان شاخه ای از طب مدرن منظور شد، آغاز گردید. تاسیس بیمارستان های دانشگاهی جدید و تدریجاً ایجاد ورشد دپارتمان ها و بیمارستان های روانپزشکی و آموزش دستیاری روانپزشکی در سال های ۱۳۴۰، حداقل در شهرهای بزرگ، منجر به بهبود مراقبت های ارائه شده برای بیماران روانپزشکی شد. در سومین دوره که سال های ۱۳۵۰ را شامل می شد، تلاش هی زیادی در جهت دستیابی به مراقبت های بهداشت روان جامع، توسط انجمنی برای توانبخشی معلولین و خدمات بهداشت روان جامعه صورت گرفت. این امر توسط اولین معاونت

وزارت بهداشت و تامین اجتماعی انجام شد. وزارت متبوع اقدام به یک سری پژوهش های همه گیر شناسی و تاسیس تعدادی بیمارستان و مراکز روانپزشکی جدید در نقاط مختلف کشور نمود آغاز به آموزش سطح بندی شده در روانپزشکی و روانپرستاری کرد. این برنامه های آموزشی و تحقیقاتی، پس از انقلاب اسلامی ایران در سال ۱۳۵۷، در انستیتو روانپزشکی تهران ادغام شد. چهارمین دوره از مهرماه ۱۳۶۵، هنگامی که برنامه ملی بهداشت روان (NPMH) توسط یک تیم چند رشته ای از متخصصین طرح و توسط دولت پذیرفته شد، آغاز گردید. استراتژی اصلی، ادغام فعالیت های جدید در یک سیستم مراقبت های بهداشتی اولیه کارآمد بود.

برنامه کشوری بهداشت روانی جمهوری اسلامی ایران در سال ۱۳۶۵ توسط کمیته ای متشکل از کارشناسان و صاحب نظران بهداشتی و بهداشت روان کشور و مشاور وقت بهداشت روان منطقه ای سازمان جهانی بهداشت تهیه و تنظیم گردید و در سال ۱۳۶۷ بعد از تصویب شورای معاونین وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به مرحله اجرا گذاشته شد. اهداف این برنامه عبارت بودند از: فراهم آوردن خدمات بهداشت روان برای همه مردم با تأکید بر قشرهای آسیب پذیر و محروم، ایجاد الگوی خدمات بهداشت روان سازگار با ساخت فرهنگی و اجتماعی و تشویق مشارکت جامعه در ارائه خدمات، افزایش آگاهی و مهارت های بهداشت روان در مردم و تنظیم برنامه های مناسب برای آسیب دیدگان جنگ. این برنامه شامل راهبردهای خدماتی، اجرایی، اداری و ارتقاء بهداشت روان بوده، اما راهبرد محوری همان ادغام خدمات بهداشت روان در نظام مراقبت بهداشتی اولیه و به عبارت دیگر، در شبکه های بهداشتی درمانی کشور با ویژگی های زیر بود: تمرکززدایی در فعالیت ها، اولویت دادن به پیشگیری، کاربرد سطوح خدماتی و نظام ارجاع، پیگیری مستمر و تأکید بر مراقبت های سرپایی تا بستری در بیمارستان. بدیهی است که برای این منظور مکانیسم های ذیل در نظر گرفته شد: ساده کردن مفاهیم اساسی بهداشت روان، شناخت نظام شبکه بهداشتی کشور، استفاده صحیح از کارکنان بهداشت عمومی، شناخت تأثیر مثبت اجزای بهداشت عمومی بر بهداشت روان و تقسیم وظایف برنامه در سطوح مختلف از جمله خانه و پایگاه بهداشت، مراکز بهداشتی درمانی شهری و روستایی، مرکز بهداشت شهرستان و استان و بیمارستانها محل ارائه خدمات بوده است. برای فعال نمودن خدمات شهری، تأسیس پایگاه های بهداشتی و استفاده از رابطین د اوطلب بهداشتی پیش بینی شده است این رابطین وظیفه آموزش، شناسایی خانواده ها، جلب مشارکت مردم، تشویق و ارجاع خانواده های دارای بیمار به مراکز و پیگیری وضعیت بیماران تحت پوشش را بر عهده دارند. (۱).

از نظر سابقه اولین بررسی درباره ی ادغام بهداشت روان در سال ۶۸-۶۹ توسط شاه محمدی در استان چهارمحال و بختیاری انجام شد نتایج این پژوهش نشان داد که بهورزان گروه تجربی بعد از طی دوره آموزشی از لحاظ میزان آگاهی و نگرش نسبت به مسائل بهداشت روانی و همچنین تعداد بیماران شناسایی شده و میزان صحت تشخیص بیماری، اختلاف قابل ملاحظه ای از نظر آماری نسبت به گروه شاهد داشتند، همچنین در این بررسی میزان بیماریابی ۸/۵۸ در هزار بود (۸)

بررسی دیگری در سال ۱۳۷۴ توسط ستاد ارزشیابی بهداشت روانی کشور در دفتر مدیریتانه ی شرقی WHO صورت گرفت و نتایج نشان داد در زمینه ی آگاهی، بهورزان توانستند از ۵۸ نمره ی ممکن در آزمون آگاهی ۲۹/۹ نمره و از مجموع ۴۶ نمره آزمون نگرش، ۳۵/۳ نمره رابدست آوردند (۹) پژوهشی با عنوان بررسی سیستماتیک خدمات ادغام بهداشت روان در سیستم PHC بر طبق موارد شناسایی بیماریابی انجام شد به نتایج زیر دست یافت: تعداد موارد شناسایی شده برای اختلالات شدید روانی ۲۰۰۴-۰۰۷ (در هزار نفر) برای اختلالات خفیف روانی ۰۵-۷۰۶، صرع ۰۵-۳۰۹ و عقب ماندگی ذهنی ۰۶۴-۳۰۹۴ در هر هزار نفر برآورد شده و در این مطالعه، نشان داد که برنامه روی برخی از بیماری های روان مثل عقب ماندگی ذهنی عملکرد موثرتری داشته در حالی که در اختلالات خفیف روانی کارآمدی کمتری داشته اند. (۱۰) در یکی از مطالعات توصیفی با عنوان ارزشیابی حاصل برنامه ی بهداشت روان در سطح خانه های بهداشت و مراکز بهداشتی درمانی روستایی استان اصفهان که ارزشیابی براساس فرم جمع آوری اطلاعات و پرسشنامه هاطراحی شده بود نتایج زیر بدست آمد، در رابطه با ارزشیابی آگاهی کارکنان، میانگین نمره آگاهی بهورزان ۱۰/۵، با انحراف معیار ۲/۶۹، کاردان ها ۱۰/۹ با انحراف معیار ۲/۴۳، پزشکان نیز ۱۱/۵ با انحراف معیار ۲/۸۵ و میانگین نمره آگاهی مردم ۱۳/۴ با انحراف معیار ۳/۷۳ بدست آمد (۱۱).

در پژوهشی که به بررسی میزان آگاهی، نگرش و عملکرد روانپزشکان در مورد بستری اجباری بیماران روانی و قوانین آن در سال ۸۵ در ایران انجام شد، نشان داد که عواقب کمبود آگاهی، در نحوه عملکرد اکثر روانپزشکان به چشم می خورد. این یافته ها حاکی از نقایص فراوان در قوانین موجود و عدم آموزش روانپزشکان کشور در این راستا می باشد (۱۲). در بررسی رضایتمندی بیماران روانی و خانواده هایشان از برنامه بهداشت روان در مناطق روستایی، نشان داد که، ۴۷/۶ درصد از بیماران روانی و خانواده آن ها از نحوه ی برخورد بهورزان و ۴۷/۳ درصد از این بیماران از نحوه ی ارائه خدمات در خانه بهداشت (دارو، پیشگیری، آموزش و ارجاع) راضی بودند ۵۷/۱ درصد از آن ها از نحوه ی ارائه خدمات در مراکز روستایی راضی بودند. ۶۴/۸ درصد از بیماران مراجعه کننده به مراکز روستایی از لحاظ نتیجه درمانی ناراضی بودند. (۱۳) در پژوهشی با عنوان همه گیری شناسی اختلالات روانپزشکی در استان همدان در سال ۱۳۸۰ که توسط محمدیو همکاران، با هدف بررسی همه گیری شناسی اختلالات روانی در افراد ۱۸ سال و بالاتر مناطق شهری و روستایی استان همدان انجام شد، نتایج زیر بدست آمد:

شیوع اختلالات روانپزشکی در استان ۱۱/۲۸ درصد است. و شیوع اختلالات اضطرابی و خلقی ۵/۸۷ و ۲/۷۱ درصد، اختلالات پسیکوتیک ۰/۶ درصد اختلالات عصبی شناختی ۱/۳۵ درصد و اختلالات تجزیه ای ۰/۷۵ درصد ذکر شده است و ۸/۱۳ درصد از افراد مورد مطالعه دچار حداقل یک اختلال روانپزشکی بوده اند. (۱۴)

اهداف :

تعیین میزان موفقیت اجرای طرح بهداشت روان در نظام PHC از نظر ارائه دهندگان خدمات بهداشتی درمانی.

تعیین میزان رضایت ارائه دهندگان خدمات بهداشتی درمانی از اجرای طرح بهداشت روان در نظام PHC.

تعیین نمره آگاهی ارائه کنندگان خدمات بهداشتی درمان درباره طرح بهداشت روان در نظام PHC.

تعیین میزان نگرش عرضه کنندگان خدمات بهداشتی درمانی درباره طرح بهداشت روان در نظام PHC.

روش بررسی

مطالعه توصیفی - تحلیلی و مقطعی است. در این طرح ارائه دهندگان خدمات بهداشتی درمانی در سطوح مختلف نظام بهداشت از جمله خانه های بهداشت، پایگاه های بهداشت، مراکز بهداشتی درمانی شهری، مراکز بهداشتی درمانی روستایی و بیمارستان های آموزشی و شبکه های بهداشت و درمان شهرستان اصفهان که در ارجاع بیماران روانی نقش داشته اند، مورد بررسی قرار گرفته است. کارکنانی در این طرح مورد سؤال قرار گرفتند که حد اقل دو سال تمام با سیستم بهداشت و درمان همکاری رسمی و یا قرار دادی داشته اند. این افرادی شامل کسانی که بیش از دو سال رابطه آنها با سیستم قطع شده و یا بازنشسته شده اند نمی باشد. جمعیت مورد مطالعه ۳۰۰ نفر بصورت سرشماری برآورد شده است. که به علت کمی حجم جامعه از نمونه گیری استفاده نشده و از سرشماری استفاده گردیده است. در این تحقیق پژوهشگر موفق گردید از تعداد ۳۰۰ پرسشنامه توزیع شده تعداد ۲۶۲ پرسشنامه تکمیل شده را دریافت نماید. تاریخ شروع اجرای طرح ۲۰ شهریور ماه ۱۳۸۹ بود. که طبق برنامه ی آموزشی شبکه بهداشت شهرستان ۲۰۱ اصفهان، مطالعه در مکان های، سالن اجتماعات شبکه بهداشت شماره ۲۰۱ شهرستان، آموزشگاه های بهورزی، خانه بهداشت ها و مراکز بهداشتی درمانی، بیمارستان های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان (فارابی و حضرت نورو علی اصغر(ع)) انجام شد. چهار متغیر اصلی شامل، آگاهی، نگرش، رضایت و وضعیت موفقیت در اجرایی طرح ادغام بهداشت روان می باشد. متغیر ها کیفی است اما به جهت امکانات محدود اجراء تحقیق این متغیر ها از کیفی به کمی تبدیل و با پرسشنامه مورد اندازه گیری قرار گرفت. ابزار تحقیق پرسشنامه های محقق ساخته و از نوع بسته پاسخ است. چهار قسمت ارزیابی میزان موفقیت بهداشت روان، رضایت از آن، آگاهی و نگرش بصورت سؤالات لیکرت پنج جوابی و بعضا دو جوابی تهیه شده است. روایی پرسشنامه از طریق مشورت با متخصصین مربوطه و پایایی آن از طریق محاسبه آلفا کرونباخ و پس از تصویب و اجازه اجرای پایلوت محاسبه شد. آلفای به دست آمده بالاتر از ۸۰ درصد بود و کل پرسشنامه پذیرفته شد. سؤالات ضعیف نیز از طریق آزمون مربوطه در نرم افزار "SPSS" شناسایی و حذف یا اصلاح

گردید. روایی از طریق مشورت با متخصصین مربوطه و پایایی آن از طریق محاسبه آلفا کرونباخ و پس از تصویب و اجرای پایلوت محاسبه شد. تجزیه و تحلیل داده ها با شاخص های مرکزی آمار (فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار) و اطلاعات تحلیلی با آزمون های مربوطه از جمله همبستگی بین +1 و -1 و آزمون های کای اسکور برای کیفی ها و آزمون های تی تست و آنالیز واریانس برای کمی ها مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. توصیف و تحلیل و یا مقایسه ی متغیرها برای اثبات و یا رد اختلاف داده ها بصورت معنی دار، با استفاده نرم افزار SPSS شماره ۱۳ انجام شد.

یافته ها

جامعه مورد مطالعه متشکل از ارائه دهندگان خدمات بهداشت و درمان شهرستان اصفهان به تعداد ۲۶۲ نفر بوده است که از نظر توزیع فراوانی جنسی عبارت از ۷۰ نفر مرد (۲۶/۷۲ درصد) و ۱۹۲ نفر زن (۷۳/۲۸ درصد) بوده است. از نظر شغلی نیز جمعیت مورد مطالعه بر حسب درصد متشکل از بهورز (۴۰/۱۵)، کارمند (۷/۶)، بهداشتی (۶/۸)، پزشک (۶/۴)، پرستار (۲۰)، اطاق عمل (۲/۳)، ماما (۰/۸)، امور روانی (۳/۸) و سایرین (۱۲) بوده است. تعداد افراد مورد مطالعه شاغل در مراکز بهداشتی درمانی نیز بر حسب درصد عبارت از خانه بهداشت (۳۱/۸)، پایگاه بهداشت (۵/۳)، مراکز بهداشتی درمانی شهری (۹/۸)، مراکز بهداشتی درمانی روستایی (۱۷/۱۴)، بیمارستان (۳۳/۷)، مرکز بهداشت شهرستان یا شبکه (۰/۸)، مرکز بهداشت استان (۰/۴) و سایرین (۰/۴) بوده که از این تعداد (۷۴/۸۰) درصد دوره آموزش روان را طی کرده و ۲۵/۲۰ درصد دوره ندیده اند. نتایج اصول اصلی تحقیق نیز به شرح زیر است.

- میزان موفقیت اجرای طرح بهداشت روان در نظام PHC از نظر ارائه دهندگان خدمات بهداشتی درمانی بر حسب میانگین و انحراف معیار در شهرستان اصفهان به ترتیب برای بالاترین موفقیت برابر (۱۴/۹۷ ± ۶۶/۹۴) از آن خانه بهداشت و پایین ترین موفقیت برابر (۴۸/۷۵ ± ۱۳/۹۷) و از آن شبکه بهداشتی و درمان و سایر نمرات به ترتیب از آن مراکز بهداشتی درمانی روستایی، پایگاه های بهداشت، بیمارستان ها و مراکز بهداشتی درمان شهری بوده است.

- میزان رضایت ارائه دهندگان خدمات بهداشتی درمانی از اجرای طرح بهداشت روان در نظام PHC از نظر میانگین و انحراف معیار در کل ارائه دهندگان خدمات بهداشت و درمان شهرستان اصفهان به ترتیب برای بالاترین رضایت برابر (۱۵/۶۶ ± ۵۹/۱۸) و از آن پایگاه های بهداشت و پایین ترین رضایت برابر (۴/۴۱ ± ۳۰/۲۰) و از آن شبکه های بهداشتی درمانی شهرستان و سایر نمرات به ترتیب از آن خانه های بهداشت، مراکز بهداشتی درمانی روستایی، بیمارستان ها و مراکز بهداشتی درمان شهری بوده است.

- نمره آگاهی ارائه کنندگان خدمات بهداشتی درمان درباره طرح بهداشت روان در نظام PHC بر حسب میانگین و انحراف معیار از نظر کل ارائه دهندگان خدمات بهداشت و درمان شهرستان اصفهان به ترتیب برای بالاترین آگاهی از ادغام برابر (۱۲/۳۹ ± ۲۷/۸۱) و

از آن پایگاه بهداشت و پایین ترین آگاهی برابر ($11/00 \pm 19/60$) و از آن خانه بهداشت و سایر نمرات به ترتیب از آن شبکه های بهداشت و درمان شهرستان، بیمارستان ها و مراکز بهداشتی درمان روستایی و مراکز بهداشتی درمان شهری بوده است.

- میزان نگرش عرضه کنندگان خدمات بهداشتی درمانی درباره طرح بهداشت روان در نظام PHC بر حسب میانگین و انحراف معیار از نظر کل ارائه دهندگان خدمات بهداشت و درمان شهرستان اصفهان به ترتیب برای بالاترین نگرش به ادغام بهداشت روان برابر ($89/5 \pm 87/5$) و از آن شبکه های بهداشت و درمان شهرستان و پایین ترین نگرش به ادغام بهداشت روان برابر ($38/10 \pm 56/61$) و از آن خانه های بهداشت و سایر نمرات به ترتیب از آن مراکز بهداشتی درمان شهری، بیمارستان ها، پایگاه بهداشت و مراکز بهداشتی درمان روستایی بوده است.

از نظر تحلیل یافته ها نیز نتایج زیر به دست آمد.

- ۱- در بین کارکنان مرد و کارکنان زن راجع به مولفه های اصلی مورد بررسی (موفقیت، رضایت، آگاهی و نگرش) تفاوت معنی داری ($Pv > .05$) مشاهده نشد.
- ۲- در بین مولفه های اصلی مورد بررسی بین (رضایت و موفقیت) رابطه معنی دار و مثبت وجود داشت ($Pv < .05$).
- ۳- در بین مولفه های اصلی مورد بررسی بین (آگاهی و نگرش) و بین (رضایت و موفقیت) تفاوت معنی داری ($Pv < .05$) مشاهده شد.
- ۴- در بین مولفه های اصلی مورد بررسی در بین سطوح مختلف بهداشت و درمان تنها رضایت بین کارکنان این سطوح تفاوت معنی داری ($Pv < .05$) داشت.
- ۵- بین سطوح مختلف شغلی راجع به مولفه های مورد بررسی (موفقیت، رضایت، آگاهی و نگرش) تنها نگرش و موفقیت بین کارکنان این سطوح تفاوت معنی داری ($Pv < .05$) داشت
- ۶- بین سطوح مختلف رشته کاری کارکنان راجع به مولفه های مورد بررسی (موفقیت، رضایت، آگاهی و نگرش) مولفه های نگرش و موفقیت بین کارکنان این سطوح تفاوت معنی داری ($Pv < .05$) داشت.
- ۷- از نظر سابقه کاری بین کارکنان راجع به مولفه های مورد بررسی (موفقیت، رضایت، آگاهی و نگرش) تفاوت معنی داری ($Pv > .05$) مشاهده نشد.

بحث و نتیجه گیری:

بهداشت روان، علمی است برای بهتر زیستن و رفاه اجتماعی که تمام زوایای زندگی از اولین لحظات حیات جنینی تا مرگ اعم از زندگی داخل رحمی، نوزادی، کودکی تا نوجوانی، بزرگسالی و پیری را در بر می گیرد. بهداشت روان، دانش و هنری است که به افراد کمک می کند تا با ایجاد روشهایی صحیح از لحاظ روانی و عاطفی بتوانند با محیط خود سازگاری نموده و راه‌های مطلوبتری را برای حل مشکلاتشان انتخاب نمایند.

کارشناسان WHO سلامت فکرو روان را این طور تعریف کرده اند که: سلامت فکر عبارت است از قابلیت ارتباط موزون و هماهنگ با دیگران، تغییر و اصلاح محیط فردی و اجتماعی و حل تضادها و تمایلات شخصی بطور منطقی، عادلانه و مناسب. در واقع بهداشت روان باعث افزایش ظرفیت فرد برای ابراز محبت، عبور از بحران‌ها بدون کمک یا حمایت خانواده و دوستان، تثبیت موقعیت فردی و اجتماعی و رضایت از زندگی می شود. فرد با تعیین اهداف و شناسایی محدودیت‌های واقعی به استقلال خود کمک می کند و در نهایت باعث تطبیق و سازگاری باورهای فرهنگی حاکم بر اجتماع خویش می شود. اصلی ترین چراغ خطر کجروی‌های اجتماعی در اثر عدم بهداشت روانی، آمار ناهنجاری‌های اجتماعی مانند میزان بیماری‌های خفیف روانی از جمله افسردگی و اضطراب، ترس، ناامنی، و بیماری‌های شدید روانی مانند خودکشی، آسیب رساندن به دیگران، قتل، غارت، اعتیاد، مانیک، پارانوئید، و از این نمونه‌های اجتماعی مانند طلاق، انحرافات جنسی است. بیماری‌های ارثی و مادرزادی مانند سیکو سوماتیک، صرع، ایدز و امثال اینها نیز در اینگونه جوامع آمار بالاتری را نشان می دهد. در جامعه ما ایران نیز علی رغم وجود ایمان مذهبی و اثرات سازنده آن در بهداشت روانی بقول آقای "یونگ" که انتظار می رود اینگونه ناهنجاری‌ها را به حد اقل ممکن کاهش دهد اما آمار خوبی مشاهده نمی شود. لذا وجود سازمان یا ارگان‌های مسئول بهداشت روانی جامعه و ارتقاء دهنده آن با هدایت تحقیقاتی مشابه این تحقیق بسیار ضروری است. در زمینه متغیرهای اصلی تحقیق و مقایسه آنها با تحقیقات مشابه نتایج زیر بدست آمد است.

- با توجه به جداول فصل یافته‌ها بین آگاهی و نگرش ارائه کنندگان خدمات بهداشت و درمان، تفاوت معنی داری وجود دارد. اما متأسفانه بر حسب همبستگی به دست آمده و بر خلاف انتظار رابطه آنها معکوس و با افزایش یکی دیگری کاهش می یابد.

در بررسی سال ۱۳۷۴ توسط ستاد ارزشیابی بهداشت روانی کشور در دفتر مدیریتانه ی شرقی WHO صورت گرفت و نتایج نشان داد در زمینه ی آگاهی، بهورزان توانستند از میانگین نمره ی آگاهی برابر ۵۱/۵۵ بر حسب ۱۰۰ و از میانگین نمره ای برابر با ۷۶/۷۳ بر حسب ۱۰۰ بر خوردار گردند که با میانگین نمره آگاهی این تحقیق (۲۰/۵۶) هم خوانی ندارد اما با میانگین نمره نگرش این تحقیق (۶۶/۷۳) هم خوانی دارد. در هر دو تحقیق انجام شده ثابت گردیده که آگاهی از نگرش نسبت طرح ادغام بهداشت روان پایین تر است. در

مطالعات توصیفی دیگری در سال ۱۳۸۱ با عنوان ارزشیابی حاصل برنامه ی بهداشت روان در سطح خانه های بهداشت و مراکز بهداشتی درمانی روستایی استان اصفهان که ارزشیابی براساس فرم جمع آوری اطلاعات و پرسشنامه هاطراحی شده بود نتایج زیر بدست آمد، در رابطه با ارزشیابی آگاهی کارکنان، میانگین نمره آگاهی بهورزان (۱۰/۵)، بانحراف معیار (۲/۶۹)، کاردان ها (۱۰/۹) با انحراف معیار (۲/۴۳)، پزشکان نیز (۱۱/۵) با انحراف معیار (۲/۸۵) و میانگین نمره آگاهی مردم (۱۳/۴) با انحراف معیار (۳/۷۳) بدست آمد. مقایسه آگاهی در این طرح با تحقیق حاضر نیز نشان می دهد که آگاهی بهورزان (۱۹/۶)، کاردانان (۲۷/۸۱) و پزشکان (۲۰/۷۳) در این طرح با طرح قبلی در سال ۸۱ تفاوت دارد و تا حد دو برابر افزایش یافته اما بازهم از نمره پایینی نسبت به سایر مولفه های مورد بررسی برخوردار است. نتیجه اینکه طبق نتایج جدول (۲۰-۴) میانگین نمره چهار مولفه اصلی به ترتیب از بالا به پایین عبارت از نگرش به طرح بهداشت روان (۱۰/۸۰ ± ۶۶/۷۳) موفقیت طرح بهداشت روان (۱۷/۱۲ ± ۵۹/۱۴) رضایت از طرح بهداشت روان (۲۰/۵۹ ± ۴۵/۴۶) آگاهی از طرح بهداشت روان (۱۱/۶۱ ± ۲۰/۵۶) می باشد. این بدان معنی است که اغلب کارکنان به اجرای طرح در کل معتقدند اما اطلاع کافی از آن ندارند. این مطلب در جدول (۷-۴) مربوط به میزان ساعت آموزش دیده کارکنان در حد ۲۹ درصد و عدم پاسخ ۷۱/۲ درصد از کارکنان موید آنست که اکثر کارکنان نیازمند آموزش در این زمینه هستند. میانگین نمره آگاهی نیز با (۲۰/۵۶) از سایر مولفه ها (موفقیت، رضایت و نگرش) تا حد نصف کمتر است که نتایج به دست آمده نیز با دوره آموزشی ندیدن کارکنان هم خوانی دارد؛ و انتظار موفقیت، رضایت و نگرش به طرح ادغام امری عقلانی محسوب نمی شود. نتایج پژوهش های فوق با نتایج این حاصل از این طرح نیز در زمینه آگاهی هم خوانی دارد و نشان می دهد که در اصفهان آگاهی از طرح بهداشت روان قبلا پائین بوده و هنوز هم مطلوب نیست و نیاز به آموزش دارد.

- با توجه به جداول فصل یافته ها رضایت بین کارکنان سطوح مختلف بهداشت و درمان تفاوت معنی داری داشت ($P < 0.05$). نتیجه گیری در مولفه رضایت از نظر کارکنان در مراکز مختلف بهداشت و درمان شهرستان اصفهان بدین قرار است که بالاترین نظر راجع به رضایت از طرح ادغام بهداشت روان از آن پایگاه های بهداشت و پایین ترین آن، از آن شبکه بهداشت و درمان شهرستان اصفهان بوده است. نتیجه اینکه می توان با استفاده از عوامل موجود در کارکنان راضی تر میزان رضایت سایر افراد را افزایش داد.

- سایر اختلافات معنی دار بین ارئه دهندگان خدمات بهداشتی درمانی در بین سطوح ارائه خدمات بهداشتی درمانی بر مبنای تفاوت مولفه های اصلی بر حسب جنسیت، شغل، سابقه کار و با توجه به جداول فصل یافته ها از بین مولفه های مورد بررسی (موفقیت، رضایت، آگاهی و نگرش)، علاوه بر آگاهی و نگرش بین رضایت و موفقیت نیز تفاوت معنی داری وجود داشت ($P < 0.05$). از نظر همبستگی نیز رابطه بین این دو بر خلاف آگاهی و نگرش از نوع مستقیم به دست آمد. یعنی با افزایش رضایت میزان موفقیت بالاتر در نظر گرفته شد.

بین سایر مولفه های اصلی در این آزمون، اختلاف معنی داری مشاهده نشد ($Pv > .05$).

– از نظر جنسی نیز بین مردان و زنان از بین کارکنان راجع به مولفه های مورد بررسی (موفقیت، رضایت، آگاهی و نگرش) تفاوت معنی داری مشاهده نشد ($Pv > .05$).

– از نظر سابقه کاری نیز بین کارکنان راجع به مولفه های مورد بررسی (موفقیت، رضایت، آگاهی و نگرش) تفاوت معنی داری مشاهده نشد ($Pv > .05$).

نتیجه گیری کلی اینکه در بین خود چهار مولفه اصلی بین آگاهی و نگرش و بین رضایت و موفقیت و در بین گروه های مورد مطالعه تنها رضایت از طرح ادغام بین آنها تفاوت معنی داری داشت ($Pv < .05$). لذا می توان همانند فرضیه یک نتایج این تحقیق را با نتایج تحقیقات مشابه مقایسه نمود و یا با تحقیق در جوامع دیگر اعتبار نتایج به دست آمده را برای اجراء مطمئن تر مورد بررسی قرار داد و با اطمینان بیشتر آنها را مورد استفاده قرار داد.

پیشنهادات کاربردی

- ۱ – نگرش بالای کارکنان به طرح ادغام فرصت خوبی برای بالا بردن موفقیت طرح است.
- ۲ – موفق دانستن طرح ادغام در بیشتر کارکنان نیز فرصت خوبی برای اجرایی کردن آنست.
- ۳ – پایین بودن سطح آگاهی در همه کارکنان نشان می دهد که باید همه آنها را مورد آموزش قرار داد.
- ۴ – میزان رضایت بین کارکنان متفاوت و در کل زیر ۵۰ درصد قرار دارد که باید در جهت ارتقاء آن کوشید.
- ۵ – رابطه مستقیم بین رضایت و موفقیت نشانه خوبی برای ارتقاء هر دو در نظام بهداشت و درمان است.
- ۶ – آموزش کارکنان در تمام افراد از هر جنس و یا با هر سابقه کار لازم است
- ۷ – برای آموزش بهتر است با شناسایی گروه های قوی تر به عنوان یک فرصت آموزشی می توان برای آموزش گروه های ضعیف تر از آنها استفاده نمود.

منابع

- ۱ – حاتمی، دکتر حسین، رضوی، دکتر سید منصور، اردبیلی، دکتر حسین و همکاران، کتاب جامع بهداشت عمومی، جلد سوم، ارجمند، تهران: ۱۳۸۵
- ۲ – بهرامی احسان، هادی، بهداشت روانی در قرن ۲۱ و چالش های پیش رو، روانشناسی و علوم تربیتی، ۳۲، (۱)، ۱۳۸۱، ص ۱۸۱-۱۹۹
- ۳ – بهجت پور، عبدالیم، رضایی اصفهانی، محمدعلی، کلاتری، ابراهیم، نصیری، علی، تفسیر موضوعی قرآن، قم، نشر معارف، ۱۳۸۴

- ۴ - دشتی، حجه الاسلام محمد، ترجمه ی نهج البلاغه، قم، امیرالمومنین، ۱۳۸۵
- ۵ - عاطف وحید، محمد کاظم، بهداشت روان در ایران (دستاورد ها و چالش ها)، فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی، ۱۳۸۳ : سال ۴، شماره ۱۴، ۲۹-۴۵.
- ۶ - صالحی، مهرداد، کلیشادی، مهناز، زندیه، مسعود و همکاران، تاثیر آموزش رابطین بهداشتی زن بر آگاهی و نگرش از بهداشت روان در جمعیت شهری استان اصفهان، مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی، ۱۳۸۴: دوره ۵، شماره ۲، ۱۱۱-۱۱۹.
- ۷ - امید نیا، سهیلا، خرازبها، دکتر شهرام، افسری، معصومه و همکاران، آموزش همگانی سلامت روان، مجموعه مقالات در مورد سلامت روان، شاسوسا، مهر ۱۳۸۹
- ۸ - فرج پور، محمد، معتمدی، سید هادی، بهرام نژاد، علی، دانش و نگرش عملکرد بهورزان شهرستان کرمان، مجله دانشگاه علوم پزشکی کرمان، ۱۳۷۸: دوره ۶، شماره ۲، ۹۷-۱۰۴.
- ۹ - باقری یزدی، سید عباس، ملک افضل، حسین، شاه محمدی، داوود و همکاران، ارزیابی عملکرد بهورزان و رابطین داوطلب بهداشتی در ارائه خدمات بهداشت روان در شبکه مراقبت های بهداشتی اولیه شهرستان بروجن استان چهارمحال و بختیاری، مجله پژوهشی حکیم، ۱۳۸۰، دوره ۴، شماره ۲، ۱۰۰-۱۰۹.
- 10 - Gharraee; Banafsheh; Shariat; Seyed Vahid; Mansouri ; Naghmeh, Bolhari; Seyed Jafar, Yousefi-Nooraie, Reza ; Rahimi-Movaghar, Afarin ; Case Finding in Integration of Mental Health Services into Primary Health Care System: Systematic Review of the Studies Conducted in Iran in Recent Two Decades;, *Iran J Psychiatry* 2007; 2:165-173
- ۱۱ - تابان ، حبیب الله، زمانی، احمد رضا، صادقی، بهمن، ارزشیابی حاصل برنامه بهداشت روان در سطح خانه های بهداشت و مراکز بهداشتی درمانی روستایی استان اصفهان، مجله علمی پژوهشی پژوهش در علوم پزشکی، ۱۳۸۱: سال ۷، شماره ۲، ۱۰۸-۱۱۱.
- ۱۲ - والی پور، محمد، ضرغامی، مهران و همکاران، بررسی میزان آگاهی، نگرش و عملکرد روانپزشکان در مورد بستری اجباری بیماران روانی و قوانین آن در سال ۸۵ در ایران، مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران، دوره ۱۷، شماره ۱۳۸۶، ۶۱: ۱۶۰-۱۴۸
- ۱۳ - طبری، فریبا، اصغر نژاد، علی اصغر، بوالهروی، جعفر، فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی، سال ۵، شماره ۱۳۸۵، ۲۰: ۱۰۱-۱۱۵
- ۱۴ - محمدی، محمدرضا، باقری یزدی، سید عباس، رهگذر، دکتر مهدی و همکاران، همه گیری شناسی اختلالات روانپزشکی در استان همدان در سال ۱۳۸۰، مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی همدان، سال یازدهم، شماره ۳، پاییز ۱۳۸۳، شماره مسلسل ۳۳، صص ۲۸-۳۶