

میزان بیماریابی اختلالات روانی - عصبی در مناطق روستایی استان اصفهان بعد از اجرای برنامه‌ی پزشک خانواده

رضا خدیوی^۱، پرستو گلشیری^۱، زینب محمدیانی^۲، ناهید گرامیان^۳

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: اصلاح نظام سلامت در ایران، با عنوان «برنامه‌ی پزشک خانواده» از سال ۱۳۸۴ در مناطق عشایری، روستایی و شهری زیر ۲۰۰۰۰ نفر کشور به اجرا گذاشته شد. یکی از اهداف این برنامه، افزایش دسترسی و بهره‌مندی شهروندان به خدمات سلامت اولیه می‌باشد. هدف از انجام این مطالعه، بررسی میزان بیماریابی بیماری‌های مشمول برنامه‌ی بهداشت روان در جمعیت تحت پوشش ساکن در مناطق روستایی استان اصفهان بعد از اجرای برنامه‌ی پزشک خانواده بود.

روش‌ها: در یک پژوهش گذشته‌نگر مقطعی، داده‌های مربوط به بیمارانی که در برنامه‌ی بهداشت روان از مراکز بهداشتی-درمانی روستایی تابعه‌ی استان، در فاصله‌ی زمانی سال‌های ۹۳-۱۳۸۷، خدمات بهداشت روان را دریافت نموده بودند، جمع‌آوری گردید. داده‌های مربوط به این دسته افراد، از واحد بهداشت روان مرکز بهداشت استان، اخذ شد و بعد از جمع‌بندی و تهیه‌ی شاخص‌های متناسب با اهداف برنامه‌ی بهداشت روان، نتایج این شاخص‌ها با شاخص کشوری ابلاغی از طرف اداره‌ی کل بهداشت روان وزارتخانه‌ی متبوع، مقایسه گردید.

یافته‌ها: در دوره‌ی زمانی مطالعه، میزان متوسط بیماریابی بیماری‌های شدید روانی حدود ۱/۵۹ مورد در ۱۰۰۰، بیماری‌های خفیف روانی ۶/۳۷ مورد در ۱۰۰۰، صرع ۲/۸۹ مورد در ۱۰۰۰، عقب‌ماندگی ذهنی ۲/۸۷ مورد در ۱۰۰۰ و اختلالات رفتاری ۰/۶ مورد در ۱۰۰۰ بود.

نتیجه‌گیری: میزان بیماریابی بیماری‌های شدید روانی و اختلالات رفتاری در مناطق روستایی استان اصفهان نسبت به شاخص‌های مورد انتظار کشوری و همچنین، نسبت به قبل از اجرای برنامه‌ی پزشک خانواده، کاهش یافته است.

واژگان کلیدی: اصلاح نظام سلامت، بهداشت روان، مدیریت بیمار

ارجاع: خدیوی رضا، گلشیری پرستو، محمدیانی زینب، گرامیان ناهید. **میزان بیماریابی اختلالات روانی - عصبی در مناطق روستایی استان اصفهان بعد**

از اجرای برنامه‌ی پزشک خانواده. مجله دانشکده پزشکی اصفهان ۱۳۹۶؛ ۳۵ (۴۲۲): ۲۶۹-۲۶۳

مقدمه

افتادگی در ایران، در اثر بیماری‌های روانی بوده است (۳). بر اساس نتایج تحقیقات منتشر شده در سطح ملی، حداقل ۱۴ درصد زنان و ۷ درصد مردان ایرانی، مبتلا به یک بیماری روانی بوده‌اند (۴).

با عنایت به بالا بودن شیوع بیماری‌های روانی در جامعه، متأسفانه تأخیرهای طولانی مدت در بیماریابی، مشاوره و درمان بیماران مبتلا به اختلالات روانی، باعث از دست دادن فرصت‌های طلایی برای درمان مؤثر می‌شود (۳).

مطالعات بسیاری نشان داده است که اراییه‌ی مناسب مراقبت‌های سلامت اولیه برای بیماران مبتلا به افسردگی (و سایر بیماری‌های

اختلالات روانی بر روی جامعه، فرهنگ و اقتصاد یک کشور بسیار تأثیرگذار است (۱). بار بیماری اختلالات روانی در کشورهای در حال توسعه، رو به افزایش است؛ به طوری که بر اساس گزارش‌های سازمان بهداشت جهانی (World Health Organization یا WHO)، ۱۲ درصد از بار بیماری‌ها مربوط به اختلالات روانی می‌باشد (۲). در مطالعه‌ی بار بیماری‌ها در ایران، بیماری‌های روانی و اختلالات رفتاری، دومین علت شایع ایجادکننده‌ی بار بیماری‌ها بوده‌اند و بیشترین میزان سال‌های عمر از دست رفته در اثر از کار

۱- دانشیار، گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۲- دانشجوی پزشکی، کمیته‌ی تحقیقات دانشجویی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۳- پزشک عمومی، گروه بهداشت روان، مرکز بهداشت استان، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

نویسنده‌ی مسؤو: زینب محمدیانی

میزان تحقق اهداف از قبل تعریف شده مشخص گردد و بتوان از انحرافات ناخواسته در اجرای برنامه‌های کلان کشوری، پیش‌گیری نمود. با وجود بررسی‌های انجام شده، تحقیق جامعی درباره‌ی عملکرد پزشکان خانواده در برنامه‌ی بهداشت روان انجام نشده و یا هنوز منتشر نشده بود. از این رو، بعد از گذشت یک دهه از اجرای برنامه‌ی پزشک خانواده، این مطالعه با هدف بررسی میزان بیماریابی بیماران مبتلا به اختلالات عصبی - روانی در سال‌های ۹۳-۱۳۸۷ در مناطق روستایی استان اصفهان، انجام شد.

روش‌ها

پژوهش حاضر، به صورت مطالعه‌ی گذشته‌نگر مقطعی، به منظور بررسی عملکرد پزشکان خانواده در غربالگری بیماری‌های مشمول برنامه‌ی بهداشت روان در سیستم مراقبت‌های اولیه‌ی بهداشتی طی سال‌های ۹۳-۱۳۸۷ (به مدت ۷ سال) در مناطق روستایی استان اصفهان انجام شد. جمعیت مورد مطالعه، شامل افراد بالای ۵ سال ساکن در مناطق روستایی استان اصفهان بود که با مشکلات و اختلالات روانی و عصبی در طی این سال‌ها، به خانه‌های بهداشت و مراکز بهداشتی - درمانی روستایی مراجعه کرده بودند. بیمارانی که طبق دستور پزشک نیاز به پی‌گیری داشتند، هر ماه مورد پی‌گیری قرار گرفتند. بیمارانی که به دلایل مختلف مانند بهبودی، مهاجرت، عدم مراجعه و یا فوت، قطع پی‌گیری کردند، از مطالعه خارج شدند.

طبق دستورالعمل مربوط به برنامه‌ی سلامت روان، بر اساس معیار تشخیصی *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (DSMIV) بیماران به پنج گروه شامل اختلالات روانی شدید مثل افسردگی شدید، اسکیزوفرنی، اختلالات دوقطبی و ...، اختلالات روانی خفیف مانند اضطراب، سوماتیزیشن، نوروز و ...، عقب‌ماندگی ذهنی، صرع و نیز اختلالات رفتاری تقسیم شدند (۷).

تشخیص صرع، با استفاده از شرح حال و الکتروانسفالوگرام بود. به منظور غربالگری عقب‌ماندگی ذهنی، از آزمون *Intelligence quantity (IQ)* استفاده شده بود و امتیاز IQ کمتر از ۷۰، به عنوان عقب‌مانده‌ی ذهنی در نظر گرفته شده بود. اطلاعات، از طریق بررسی مدارک و فرم‌های جمع‌آوری اطلاعات (فرم ۱۰۲ بهداشت روان) در طی دوره‌ی ۷ سال جمع‌آوری شده بود. اطلاعات جمع‌آوری شده، مربوط به بیمارانی بود که خدمات بهداشت روان را دریافت نموده بودند و در فرم آمار بهداشت روان ثبت و در پایان هر ماه، در سه سطح خانه‌ی بهداشت، مرکز بهداشتی - درمانی روستایی و مرکز بهداشت شهرستان جمع‌آوری و در نهایت، به مرکز بهداشت استان ارسال و در آن جا طبقه‌بندی شده بود.

روانی و یا صرع) باعث می‌شود که بیماران، مشکلات کمتر و کیفیت زندگی بهتری را تجربه کنند. تشخیص و درمان به موقع افسردگی (اسکیزوفرنی و صرع)، باعث بهبود نتایج درمانی، کاهش مرگ و میر و عوارضی نظیر خودکشی و یا دیگرکشی، آسیب‌های جسمی به خود و یا اطرافیان، هزینه‌های پزشکی ناشی از بستری شدن‌ها و یا غیبت طولانی از کار، مزمن شدن بیماری و افزایش ناتوانی‌های ناشی از آن‌ها و بروز حملات عود می‌شود (۵).

در راستای پاسخگویی به نیاز جامعه به خدمات روان‌پزشکی و امکانات سرویس‌دهی مناسب روانی، سیاست ادغام خدمات بهداشت روان در نظام ارایه‌ی خدمات بهداشتی - درمانی، با به کارگیری نظام ارجاع در سطوح ارایه‌ی خدمات و اولویت دادن به مراقبت سرپایی بر خدمات بستری، از سال ۱۳۶۸، با آموزش خانواده‌ها و غربالگری بیماری‌های واجد برنامه‌ی بهداشت روان در شهرضا از توابع استان اصفهان به اجرا در آمد که به علت موفقیت‌آمیز بودن نتایج طرح، این برنامه در مناطق روستایی سایر استان‌های کشور ادغام گردید (۶).

در راستای اهداف برنامه‌ی اصلاح نظام سلامت در کشور و ارتقای عدالت در سلامت، بهبود کارایی نظام سلامت و افزایش بهره‌مندی مردم از خدمات سلامت اولیه، برنامه‌ی پزشک خانواده در مناطق روستایی و شهرهای زیر ۲۰۰۰۰ نفر کشور، از سال ۱۳۸۴، با افزایش پوشش بیمه‌ی همگانی دولتی سلامت شهروندان ساکن در این مناطق و اجرای نظام دروازه‌بانی سلامت توسط پزشکان خانواده، به اجرا گذاشته شد.

طبق دستورالعمل اجرایی برنامه‌ی پزشک خانواده، مسئولیت سلامت هر ۴۰۰۰-۲۵۰۰ نفر افراد جامعه به یک تیم پزشک خانواده واگذار شد که مشتمل بر یک نفر پزشک عمومی، یک نفر ماما و یک تا سه نفر کاردان بهداشتی به علاوه‌ی چندین نفر بهورز بود. تیم پزشک خانواده در مناطق روستایی موظفند هر سه سال یک بار، کلیه‌ی افراد تحت پوشش خود را (طبق دستورالعمل‌های ادارات کل وزارتخانه‌ی متبوع در مورد برنامه‌های ادغام یافته در نظام شبکه‌ها)، تحت معاینات دوره‌ای و غربالگری قرار دهند و ضمن ثبت اقدامات انجام شده در پرونده‌ی خانوارها، افراد واجد خدمات تخصصی را به سطوح بالاتر ارایه دهنده‌ی خدمات سلامت، ارجاع دهند و در ضمن، تا حصول نتیجه‌ی قطعی، به همراه اعضای تیم سلامت، بیماران را پی‌گیری نمایند. از جمله وظایف محوله به پزشکان خانواده در مناطق روستایی کشور بعد از افزایش پوشش بیمه‌ی همگانی، غربالگری افراد از نظر بیماری‌های برنامه‌ی بهداشت روان می‌باشد (۷).

طبیعی است که قبل و بعد از هر مداخله‌ای به خصوص در سطح جامعه، نیاز است به طور مستمر، نحوه‌ی عملکرد دست اندر کاران اجرایی هر برنامه، مورد سنجش و پایش قرار گیرد تا از این طریق،

جدول ۱. میزان بیماریابی تجمعی بیماری‌های مختلف روانی طی سال‌های ۹۳-۱۳۸۷ در جمعیت تحت پوشش استان اصفهان در مقایسه با میزان بیماریابی حد انتظار کشوری

حد انتظار کشوری (در ۱۰۰۰ نفر)	۱۳۹۳	۱۳۹۲	۱۳۹۱	۱۳۹۰	۱۳۸۹	۱۳۸۸	۱۳۸۷	فراوانی بیماری‌های روانی
	۵۳۲۴۶۶	۵۲۵۰۵۰	۵۶۶۴۷۴	۵۷۸۰۳۳	۵۸۷۰۰۵	۵۹۲۷۴۰	۶۲۸۵۶۲	جمعیت تحت پوشش
۲/۵	۱۰۱۶	۱۰۸۶	۱۴۶۰	۱۳۵۳	۱۳۴۸	۱۱۷۵	۱۰۲۱	بیماری روانی
	۱/۹۱	۲/۰۱	۱/۶۳	۱/۵۱	۱/۵۰	۱/۴۳	۱/۱۴	شدید
۴/۰	۴۰۱۸	۴۱۲۹	۵۶۵۱	۵۰۹۰	۵۵۱۴	۴۹۵۶	۴۵۷۸	بیماری روانی
	۷/۵۸	۷/۶۷	۶/۳۱	۵/۶۹	۶/۱۵	۶/۵۰	۵/۱۱	خفیف
۳/۰	۱۷۸۰	۱۸۳۳	۲۵۷۷	۲۴۴۹	۲۷۱۸	۲۲۳۴	۱۹۰۸	صرع
	۳/۳۵	۳/۴۰	۲/۸۸	۲/۷۴	۳/۰۳	۲/۷۲	۲/۱۳	عقب‌ماندگی
۳/۰	۱۶۸۶	۱۵۴۷	۲۶۰۹	۲۵۷۳	۲۸۲۷	۲۳۲۱	۲۰۲۳	ذهنی
	۳/۱۸	۲/۸۷	۲/۹۱	۲/۷۰	۳/۱۵	۲/۸۳	۲/۲۷	بیماری رفتاری
۲/۵	۳۷۹	۳۸۷	۴۲۹	۴۲۸	۷۰۰	۲۹۹	۳۸۵	و سایر موارد*
	۰/۷۱	۰/۷۱	۰/۴۷	۰/۴۸	۰/۷۸	۰/۶۰	۰/۴۳	

* سایر اختلالات روانی و عصبی مانند بی‌اختیاری در کنترل ادرار، پارکینسون، اختلالات روان‌تنی و ...

میزان ۱/۱۶ در ۱۰۰۰ در سال و کمترین میزان بیماریابی مربوط به عقب‌ماندگی ذهنی به میزان ۰/۰۸ در ۱۰۰۰ در سال بود. در هر سال، بیشترین بیماری غربال شده، بیماری خفیف روانی بود که بروز تجمعی آن در سال ۱۳۹۲ به بیشترین مقدار (۷/۶۷ در ۱۰۰۰) رسید. بروز تجمعی این بیماری در سال‌های ۹۳-۱۳۸۷ سیر صعودی داشت و از حد انتظار کشوری به طور چشمگیری بالاتر بود.

دومین بیماری شایع تحت پوشش برنامه‌ی بهداشت روان، بیماری صرع بود. کمترین میزان بیماریابی صرع، در سال ۱۳۸۷ به میزان ۲/۱۳ در ۱۰۰۰ و و بیشترین میزان بیماریابی، در سال ۱۳۹۲ به میزان ۳/۴۰ در ۱۰۰۰ انجام شده بود. بروز تجمعی صرع در بازه‌ی زمانی این مطالعه، سیر صعودی داشت و اندکی از حد انتظار کشوری بالاتر بود (جدول ۱).

میزان بیماریابی عقب‌ماندگی ذهنی نیز از ۲/۲۷ در ۱۰۰۰ در سال ۱۳۸۷ به ۳/۱۸ در ۱۰۰۰ در سال ۱۳۹۳ افزایش یافت، اما با این وجود، با حد انتظار کشوری هم‌خوانی داشت (جدول ۱).

میزان بیماریابی بیماری‌های روانی شدید، از ۱/۱۴ در ۱۰۰۰ در سال ۱۳۸۷، به ۲/۰۱ در ۱۰۰۰ در سال ۱۳۹۲ افزایش یافته بود و در سال ۱۳۹۳ به ۱/۹۱ در ۱۰۰۰ کاهش یافت که از حد انتظار کشوری کمتر بود.

میزان بیماریابی بیماری‌های رفتاری و سایر اختلالات روانی از ۰/۴۳ در ۱۰۰۰ در سال ۱۳۸۷ به ۰/۷۱ در ۱۰۰۰ افزایش یافته بود و از حد انتظار کشوری به طور چشمگیری کمتر بود (جدول ۱).

در این تحقیق، داده‌های مربوط به بیماران مشمول برنامه‌ی بهداشت روان در مناطق روستایی استان که به یکی از واحدهای ارایه دهنده‌ی خدمات بهداشت روان در مناطق روستایی مراجعه و خدمات مربوط را دریافت کرده بودند، از واحد بهداشت روان مرکز بهداشت استان، اخذ گردید و با محاسبه‌ی شاخص‌های میزان بیماریابی در هر سال (میزان بروز بیماری در هر سال و همچنین بروز تجمعی آن‌ها)، میزان بیماریابی بیماران مشمول برنامه‌ی بهداشت روان، از ۳ سال بعد از اجرای برنامه‌ی پزشک خانواده در مناطق روستایی استان، با شاخص کشوری مربوط (۸)، مقایسه گردید.

با استفاده از آزمون آماری Independent sample t، میانگین داده‌های بیماریابی در سال‌های قبل از اجرای برنامه‌ی پزشک خانواده (۹) با میانگین بیماریابی در بعد از اجرای برنامه‌ی پزشک خانواده مقایسه شد.

یافته‌ها

این مطالعه، در ۲۰ منطقه‌ی روستایی استان اصفهان طی سال‌های ۹۳-۱۳۸۷ (به مدت ۷ سال) انجام شد. متوسط جمعیت تحت پوشش، ۵۲۷۹۰۰ نفر بودند (جدول ۱). تعداد کل بیماران مشمول برنامه‌ی بهداشت روان که در واحدهای تابعه‌ی استان تحت مراقبت بودند، حدود ۶۳۳۸۰ بیمار بود. تعداد بیماران جدید شناسایی شده در این بازه‌ی زمانی نیز ۷۵۱۳ نفر بود. بیشترین میزان بیماریابی مربوط به بیماری‌های خفیف روانی به

جدول ۲. مقایسه‌ی میانگین و دامنه‌ی اختلالات روانی-عصبی ثبت شده در برنامه‌ی بهداشت روان در استان اصفهان، قبل و بعد از اجرای برنامه‌ی پزشک خانواده در مقایسه با شاخص حد انتظار کشوری

مقدار *P	بعد از اجرای برنامه‌ی پزشک خانواده		قبل از اجرای برنامه‌ی پزشک خانواده		زمان مقایسه	اختلال روانی
	میانگین	دامنه (در ۱۰۰۰ نفر)	میانگین	دامنه (در ۱۰۰۰ نفر)		
۰/۰۷۱	۱/۵۹	(۱/۱۴-۲/۰۱)	۲/۰۳	(۱/۵۴-۲/۶۰)		بیماری‌های شدید روانی
۰/۰۰۱	۶/۳۷	(۵/۱۱-۷/۶۷)	۱۳/۴۰	(۱۰/۰۴-۱۷/۵۰)		بیماری‌های خفیف روانی
۰/۰۱۸	۲/۸۹	(۲/۱۳-۳/۴۰)	۴/۰۳	(۳/۱۰-۵/۲۶)		صرع
۰/۰۰۳	۲/۸۷	(۲/۲۷-۳/۱۸)	۴/۶۶	(۳/۷۰-۵/۸۶)		عقب‌ماندگی ذهنی
< ۰/۰۰۱	۰/۶۰	(۰/۴۳-۰/۷۸)	۳/۳۶	(۲/۶۰-۴/۲۸)		سایر اختلالات و بیماری‌های رفتاری

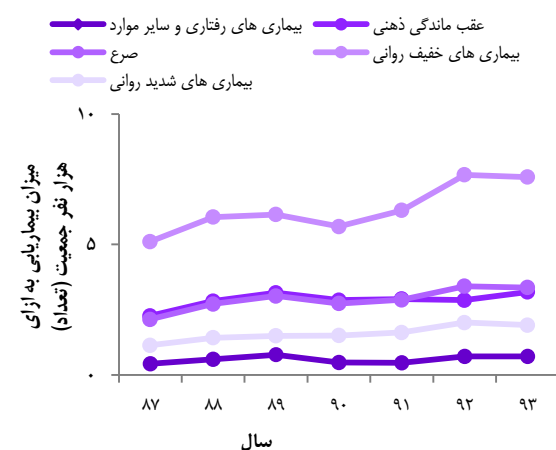
* با استفاده از آزمون Independent sample t

۱۰۰۰ نفر، منطبق است (۱۰)، اما میزان کلی بیماریابی بیماری‌های مشمول برنامه‌ی بهداشت روان در استان اصفهان، از میانگین مورد انتظار کشوری (۸) کمتر بود. کمتر بودن میزان بیماریابی کلی اختلالات روانی-عصبی در این استان در مقایسه با شاخص‌های مورد انتظار کشوری، می‌تواند نشان دهنده‌ی کاهش بروز کلی این گونه بیماری‌ها، بعد از طی ۲۵ سال بعد از جنگ تحمیلی و آثار مستقیم جنگ باشد و یا تأثیر مثبت برنامه‌های ادغام یافته‌ی بهداشت روان در نظام شبکه‌های بهداشت و درمان کشور در امر بیماریابی و درمان و بهبود شرایط خانوادگی این بیماران باشد که بستر برای به وجود آمدن بیماری روانی جدید و یا تشدید بیماری‌های روانی را از بین برده است.

در این مطالعه، بیشترین میزان بیماریابی، مربوط به بیماری‌های خفیف روانی بوده است. نتایج مطالعات قبلی نیز حاکی از بالاتر بودن میزان بیماریابی بیماری‌های خفیف روانی بوده است (۱۰). این انطباق، می‌تواند به دلیل فراوان‌تر بودن میزان بروز این گونه بیماری‌ها مانند اضطراب، روش یکسان در غربالگری و جمع‌آوری اطلاعات و همچنین، فرهنگ مشابه استان‌های مجاور به یکدیگر باشد؛ چرا که این عوامل، می‌تواند بر بیماریابی بیماری‌های خفیف روانی تأثیرگذار باشند. نکته‌ی حایز اهمیت این که میزان بیماریابی بیماری‌های خفیف روانی، بیشتر از حد انتظار کشوری بوده است (۸). افزایش میزان فراوانی بیماریابی بیماری‌های خفیف روانی در استان اصفهان، می‌تواند ناشی از افزایش این دسته از بیماری‌های روانی باشد و یا در همین راستا، بهبود عملکرد پزشکان عمومی در برنامه‌ی ادغام یافته‌ی بهداشت روان، در خصوص بیماریابی بیماری‌های روانی، در نهایت باعث ثبت موارد بیشتر بیماری‌های روانی خفیف در استان، حتی بالاتر از میانگین کشوری شده است.

میانگین میزان بیماریابی بیماران مبتلا به بیماری‌های صرع و عقب‌ماندگی ذهنی در این مطالعه، نزدیک به شاخص میانگین کشوری (۸) بود. میانگین میزان بیماریابی بیماران مبتلا به بیماری‌های

میزان بیماریابی‌های اختلالات روانی خفیف، صرع، عقب‌ماندگی ذهنی و سایر اختلالات رفتاری در بعد از اجرای برنامه‌ی پزشک خانواده نسبت از قبل از اجرای این برنامه، کاهش معنی‌داری داشت ($P < ۰/۰۱۰$) (جدول ۲ و شکل ۱).



شکل ۱. روند بیماریابی بیماری‌های مشمول برنامه‌ی بهداشت روان طی سال‌های ۹۳-۱۳۸۷ در استان اصفهان

بحث

هدف از انجام این مطالعه، بررسی وضعیت غربالگری بیماری‌های روانی و صرع تحت پوشش برنامه‌ی بهداشت روان در مراکز بهداشتی-درمانی روستایی استان اصفهان، از ۳ سال بعد از اجرای برنامه‌ی پزشک خانواده بود. نتایج این مطالعه، حاکی از آن است که میزان بیماریابی بیماری‌های روانی در سال‌های ۹۳-۱۳۸۷، بین ۱/۹۶-۱/۱۲ در ۱۰۰۰ نفر جمعیت بالای ۱۵ سال، متغیر بوده است. یافته‌های این پژوهش با نتایج مطالعه‌ی قبلی پژوهشگران درباره‌ی میزان بیماریابی بیماران مبتلا به اختلالات روانی در مناطق شهری و روستایی استان چهارمحال و بختیاری در سال‌های ۸۸-۱۳۷۸ با میزان بیماریابی کلی بیماری‌های مشمول بهداشت روان حدود ۱/۵۹ در هر

افزایش دسترسی و بهره‌مندی مردم از خدمات سلامت اولیه، انتظار می‌رود، میزان بیماریابی بیماری‌های مزمن افزایش یابد (۱۶-۱۵). این در حالی است که استان اصفهان در راستای اجرای برنامه‌ی بهداشت روان، در کشور، پیش‌تاز بوده است (۱۷).

با عنایت به نکات پیش‌گفته، فاصله‌ی بین شاخص فعلی میزان بیماریابی بیماری‌های روانی شدید در مناطق روستایی استان و شاخص مورد انتظار کشوری برای بیماریابی این دسته بیماری‌ها، گویای نیاز به تقویت برنامه‌ی بهداشت روان توسط پزشکان خانواده و مسئولین محترم واحدهای بهداشت روان شبکه‌ها می‌باشد. به خصوص این که بیماران خفیف روانی خودشان به خانه‌ی بهداشت و یا پزشک مراجعه می‌کردند و نیازی به کمک دیگران نداشتند، اما بیماران مبتلا به بیماری‌های روانی شدید، به علت نداشتن درک درست نسبت به بیماری خود کمتر خودشان به طور مستقیم به پزشک مراجعه می‌کنند و غربالگری و کشف به موقع این گونه بیماری‌ها، نیاز به همراهی خانواده‌ی بیماران و تیم سلامت دارد (۱).

از طرف دیگر، با عنایت به حجم کاری بالا و انواع مسئولیت‌های پزشک خانواده در تیم سلامت و از طرف دیگر، پیچیدگی و وقت‌گیر بودن غربالگری و پی‌گیری این گونه اختلالات، نیاز به فرد متخصص در امر روان‌شناسی بیش از پیش احساس می‌شود. از این رو، به نظر می‌رسد برای افزایش اثربخشی برنامه‌ی بهداشت روان، لازم است در تیم پزشک خانواده، نیروهای روان‌شناس نیز به کار گرفته شوند تا با استفاده از نیروهای مجرب، نسبت به کشف زودرس این گونه اختلالات و همچنین ارتقای کیفیت درمان بیماران در جامعه، اهتمام ورزند.

با وجود این، به منظور بررسی درستی هر یک از فرضیات پیش‌گفته، انجام مطالعات بیشتر و طولانی‌تر در نقاط مختلف کشور ضروری است. این پژوهش نیز مانند سایر مطالعات علمی با محدودیت‌هایی همراه بوده است که می‌توان به عدم وجود داده‌های غربالگری در مناطق شهری استان و همچنین، داده‌های مربوط به نتایج ارجاع بیماران از نظر عود و یا بهبودی و یا میزان خودکشی در آن‌ها اشاره کرد.

تشکر و قدردانی

مطالعه‌ی حاضر، برگرفته از طرح تحقیقاتی با همین عنوان می‌باشد که در مرکز تحقیقات پزشکی اجتماعی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان به شماره‌ی طرح ۳۹۳۰۹۸ به تصویب رسید و پس از تأیید معاونت پژوهشی این دانشگاه، به صورت پایان‌نامه اجرا شد. از خانم دکتر اخوان و همکاران ایشان در مرکز بهداشت استان اصفهان تشکر و قدردانی می‌گردد.

صرع و عقب‌ماندگی ذهنی در این مطالعه، در مقایسه با نتایج گزارش شده از مرور مطالعه‌ی داخلی در ۲۰ سال گذشته، معادل ۳/۹-۰/۵ در ۱۰۰۰ نفر برای صرع و ۳/۹۴-۰/۶۴ در ۱۰۰۰ نفر برای عقب‌ماندگی ذهنی (۱۱)، بیشتر بود، اما در مقایسه با نتایج آخرین مطالعه‌ی انجام شده در مورد بیماریابی بیماری‌های روانی در استان اصفهان قبل از اجرای برنامه‌ی پزشک خانواده در سال‌های ۸۵-۱۳۸۰ (۹)، کمتر بود. کاهش شیوع عقب‌ماندگی ذهنی نسبت به گذشته، می‌تواند از نتایج مثبت طرح مراقبت و سلامت مادران باردار در کشور باشد که با آموزش مادران باردار، کاهش ازدواج‌های فامیلی و بهبود تغذیه و مراقبت‌های حین بارداری و افزایش امکانات زایمان در مناطق روستایی، بستری مناسب جهت کاهش زایمان‌های نایمن و کاهش خطر تروما حین زایمان را فراهم نموده است.

میانگین میزان بیماریابی بیماران مبتلا به بیماری‌های شدید روانی در این مطالعه در مقایسه با شاخص میانگین کشوری (۸)، یا مقادیر گزارش شده از مرور مطالعات داخلی در ۲۰ سال گذشته، با دامنه‌ی ۲/۰۴-۰/۰۷ در ۱۰۰۰ نفر (۱۱) و همچنین، در مقایسه با نتایج آخرین مطالعه‌ی انجام شده در مورد بیماریابی بیماری‌های روانی در استان اصفهان قبل از اجرای برنامه‌ی پزشک خانواده (۱۱)، کمتر است (جدول ۲). کاهش میزان بیماریابی بیماری‌های روانی شدید، شاید به این علت است که با مراجعه‌ی مستقیم بیمارهای مبتلا به بیماری‌های شدید روانی به مراکز تخصصی روان‌پزشکی در سطح شهرهای تابعه‌ی استان، میزان آمار ثبت شده‌ی بیماریابی این نوع بیماری‌ها در مراکز بهداشتی - درمانی کاهش یافته باشد، اما طبیعت مزمن بودن این گونه بیماری‌ها و نیاز مستمر به حمایت‌های پزشکی آن هم در شرایط فعلی نظام ارایه‌ی خدمات سلامت در روستاهای کشور و این استان که اعتماد زیادی بین مردم و ارایه‌دهندگان خدمات سلامت وجود دارد، این احتمال، در مورد بیماری‌های روانی شدید، زیاد وارد نیست. کاهش میزان بیماریابی بیماری‌های روانی شدید، شاید در اثر کاهش بروز این گونه بیماری‌ها در جامعه باشد. متأسفانه، نتایج تحقیقات منتشر شده در سال‌های اخیر، حاکی از افزایش فراوانی بیماری‌های روانی در سال‌های اخیر می‌باشد؛ به نحوی که شیوع اختلالات روانی در تهران، بیش از ۱/۶ برابر (از ۲۱/۵ درصد به ۳۴/۲ درصد به ترتیب در طی سال‌های ۱۹۹۸ و ۲۰۰۷، افزایش یافته است (۱۳-۱۲). همچنین، مطالعه‌ی دیگر حاکی از افزایش چشمگیر (حدود ۲ برابری) شیوع بیماری‌های روانی شدید در مقایسه با نتایج تحقیقات قبلی در این استان می‌باشد (۱۴).

از طرف دیگر، به دنبال اجرای برنامه‌ی پزشک خانواده و گسترش بیمه‌ی همگانی در مناطق روستایی و عشایری کشور و

References

1. Friedli L. Mental health, resilience and inequalities. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2009.
2. Patel V, Lund C, Hatherill S, Plagerson S, Corrigan J, Funk M, et al. Equity, social determinants and public health programmes. In: Blas E, Kurup AS, editors. Mental disorders: equity and social determinants. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2010. p. 115-34.
3. Naghavi M, Jamshidi HR, Jafari N, Farzadfar F, Khosravi A, Rahbar MR, et al. Utilization of health services in Islamic Republic of Iran 2002. Tehran, Iran: Tandis Publication; 2005. [In Persian].
4. Mohammadi MR, Davidian H, Noorbala AA, Malekafzali H, Naghavi HR, Pouretamad HR, et al. An epidemiological survey of psychiatric disorders in Iran. *Clin Pract Epidemiol Ment Health* 2005; 1: 16.
5. World Health Organization. The global burden of disease: 2004 update. Geneva, Switzerland: WHO; 2008.
6. Ministry of Health and Medical education Islamic Republic of Iran, World Health Organization. WHO-AIMS Report on Mental Health System in the Islamic Republic of Iran. Tehran, Iran: WHO and Ministry of Health and Medical Education; 2006.
7. Ministry of Health and Medical Education. Operational guide for family physician and rural insurance project implementation. 10th ed. Tehran, Iran: Ministry of Health and Medical Education; 2009. [In Persian].
8. Davidian H, Hosseini SA, Vaezi SA, Fakhr SH, Sanati M, Mehrabi F, et al. National mental health plan. Tehran, Iran: Ministry of Health and Medical Education; 1986. Available from: URL: <http://mboh.umsha.ac.ir/uploads/dastor%20b%20keshvari%20s%20ravan.pdf>
9. 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):486-95. [In Persian].
10. Khadivi R, Shakeri M, Ghobadi S. The efficiency of mental health integration in primary health care: a ten-year study. *Int J Prev Med* 2012; 3(Suppl 1): S139-S145.
11. Gharraee B, Shariat SV, Mansouri N, Yousefi-Nooraie R, Rahimi-Movaghar A. 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(4): 165-73.
12. Noorbala AA, Bagheri Yazdi SA, Hafezi M. Trends in change of mental health status in the population of Tehran between 1998 and 2007. *Arch Iran Med* 2012; 15(4): 201-4.
13. Gressani D, Larbi H, Fetini H, Jorgensen SL, Maeda A, Langenbrunner J. Islamic Republic of Iran - Health sector review (vol. 2): Background sections (Report No: 39970). Washington, DC: World Bank; 2008.
14. Ahmadvand A, Sepehrmanesh Z, Ghoreishi FS, Afshinmajd S. Prevalence of psychiatric disorders in the general population of Kashan, Iran. *Arch Iran Med* 2012; 15(4): 205-9.
15. Khadivi R, Hashemi T, Farrokh Siar E, Rohani M. The assessment of family physicians' performance in screening of hypertension and diabetes mellitus in rural areas of Isfahan county: a 5-year survey. *J Isfahan Med Sch* 2012; 30(209): 1650-61. [In Persian]
16. Khadivi R, Yarahmadi A, Eslamieh R, Khosravinejad M. The drug prescription patterns and utilization after family physician program implementation in rural health centers of Isfahan district, Iran. *J Isfahan Med Sch* 2014; 31(271): 2403-11. [In Persian].
17. Bagheri Yazdi SA, 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 and Bakhtiari. *Hakim Res J* 2001; 4(2): 100-9. [In Persian].

The Rate of Mental Disorders Case Finding after Implementing the Family Physician Program in Rural Areas of Isfahan Province, Iran

Reza Khadivi¹, Parastoo Golshiri¹, Zeynab Mohammadiani², Nahid Geramian³

Original Article

Abstract

Background: Health Sector Reform (HSR) has been implemented in Islamic Republic of Iran since 2005 in rural, nomadic, and urban areas with population of less than 20 thousands, called Family Physician Program. One of the main objectives of this program is improvement of the accessibility and utilization rate of primary health cares. This study carried out to evaluate the case-finding rate of mental disorders after implementing this program.

Methods: In a cross-sectional study in Isfahan province, Iran, the data of the patients received mental health services during the period 2008-2015 were collected. After summarizing and providing mental health indicators in accordance with the objectives of the program, the results of these indicators were compared with expected country indicators provided by the Iranian Ministry of Health and Medical Education.

Findings: In that interval, the mean case finding rates of severe mental disorders, mild mental disorders, epilepsy, mental retardation, and behavioral disorders were 1.59, 6.37, 2.89, 2.87, and 0.6 per one-thousand population per year, respectively.

Conclusion: The case finding rate of severe mental and behavioral disorders were declined after implementing Health Sector Reform in rural areas of Isfahan province compared to the expected country indicators and also before Health Sector Reform.

Keywords: Health care reform, Mental disorders, Case management

Citation: Khadivi R, Golshiri P, Mohammadiani Z, Geramian N. **The Rate of Mental Disorders Case Finding after Implementing the Family Physician Program in Rural Areas of Isfahan Province, Iran.** J Isfahan Med Sch 2017; 35(422): 263-9.

1- Associate Professor, Department of Social Medicine, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

2- Student of Medicine, Student Research committee, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran, Iran

3- General Practitioner, Department of Mental Health, Province Center for Health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

Corresponding Author: Zeynab Mohammadiani, Email: zeinab.mooha@yahoo.com