
فصل ۱۰

بهداشت روان

مقدمه:

بهداشت روان در واقع جنبه‌ای از مفهوم کلی سلامتی است. سازمان بهداشت جهانی سلامتی را چنین تعریف می‌کند: حالت سلامتی کامل فیزیکی، روانی و اجتماعی نه فقط فقدان بیماری یا ناتوانی، و پیشگیری از ابتلا و درمان مناسب بیماریهای روانی و توانبخشی بیماران روانی حدوداً دو دهه سابقه دارد، مفهوم بهداشت روان با توجه به تعریف بالا چنین است:

- ۱- کلیه فعالیت‌هایی که در جهت تأمین، گسترش و ارتقاء سلامت روانی و اجتماعی فرد باشد.
- ۲- روش‌هایی که ابتلا به بیماری روانی و عصبی را در جامعه کاهش دهد و یا پیشگیری نماید.
- ۳- اقداماتی که با کمک به درمان به موقع و مناسب، شیوع بیماریهای روانی را کاهش داده و از معلولیت بیشتر آنها پیشگیری نماید.
- ۴- اقداماتی که بیماران مزمن یا معلولین روانی را به کار و فعالیت فردی و اجتماعی بیشتر و یا دوباره هدایت کرده و باعث کاهش یا توقف معلولیت آنها شود.
- ۵- آموزش مهارت‌های زندگی به پرسنل بهداشتی والدین و دانش‌آموزان برای پیشگیری از بیماری‌های روانی و آسیب‌های اجتماعی در جامعه.
- ۶- آموزش بهبود ارتقای روابط خانوادگی و شیوه صحیح فرزندپروری.
- ۷- ثبت داده‌های خودکشی در سطح استان.
- ۸- برنامه‌های آموزشی پیشگیری از سوء مصرف مواد مخدر.
- ۹- راه‌اندازی و نظارت بر مراکز گذری ترک اعتیاد.

برخی از دلایل بالا بودن شیوع بیماریابی در شهرستان‌های استان فارس عبارتند از: وجود کارشناس بهداشت روان فعال و ثابت، نظارت مداوم کارشناس بهداشت روان شهرستان بر خانه‌های بهداشت و بازآموزی فعال برای بهورزان و رده‌های میانی و وجود پزشک ثابت و درگیر برنامه بهداشت روان می‌باشد. از بهترین دلایل پایین بودن شیوع بیماریابی در شهرستان‌های استان جابجایی مکرر پزشکان، عدم وجود پزشک دوره دیده روان پزشکی، عدم ارتباط بین پزشکان بخش خصوصی و بخش ارائه دهنده سلامت روان و انگ ناشی از بیمار روانی بودن می‌باشد.

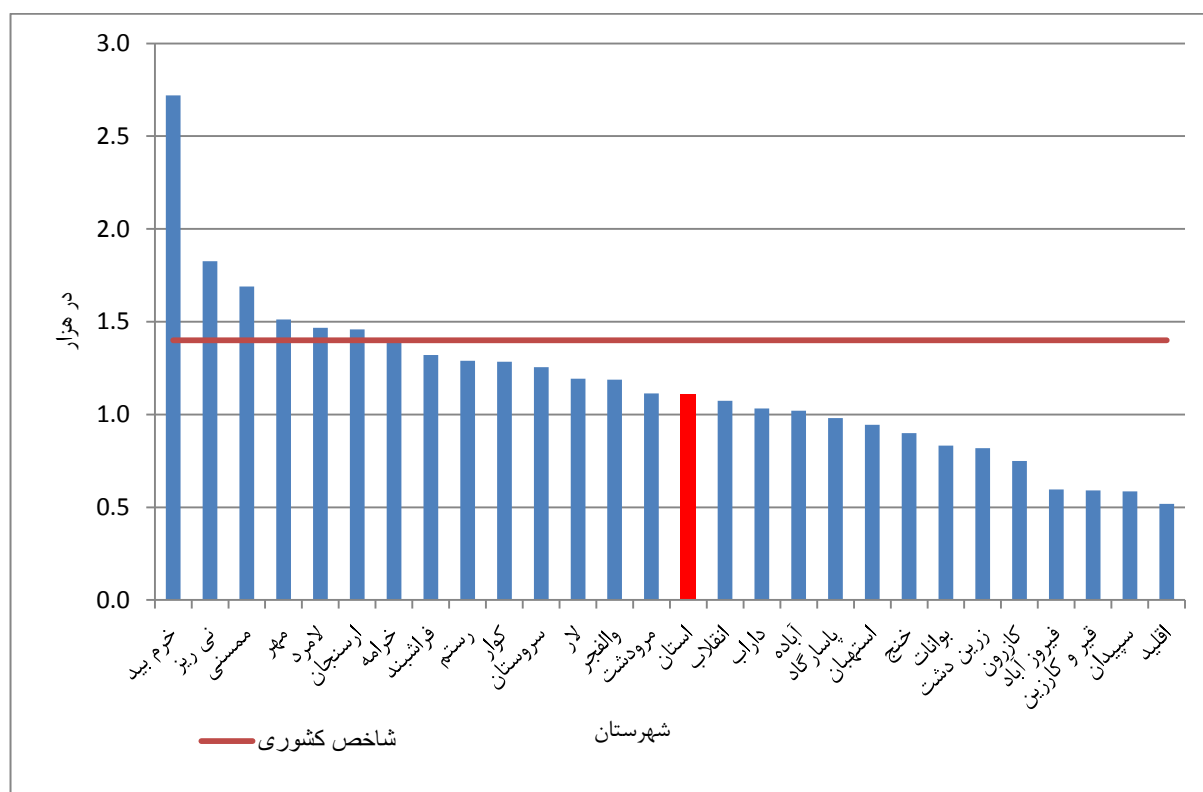
تعریف واژه ها:

- **بیماران روانی شدید:** اختلالات شدید روانی حالت غیرطبیعی در رفتار و گفتار و ظاهر بیمار است که گروهی از مردم به آن جنون می‌گویند. اختلال شدید روانی بیشتر در افراد بالای ۱۵ سال دیده می‌شود، گاه تدریجی و گاه ناگهانی شروع می‌شود و دلیل آن بیماری و اختلال در کارکرد مغزی است.
- **بیماران روانی خفیف:** اختلالات خفیف روانی اختلالاتی است که به زبان مردم عادی ناراحتی عصبی یا ناراحتی اعصاب گفته می‌شود. این بیماری نشانه‌هایی مانند اضطراب، بی‌قراری، بی‌اشتهایی، افسردگی، وسواس، عصبانیت، پرخاشگری و دردهای پراکنده بدنی بدون وجود بیماری جسمی دارند. این نشانه‌ها ماهها و سالها ادامه داشته، گاه با کاهش یا افزایش مشکلات روزمره و فشارهای خانوادگی و اجتماعی کاهش یا افزایش می‌یابند.
- **بیماری صرع:** صرع یک حالت تکراری حمله تشنج است که مردم به آن حمله یا غش نیز می‌گویند. صرع به دلیل اختلال در کار سلول‌های مغزی بروز می‌کند و اگر حملات تشنجی درمان نشود، ممکن است با هر حمله سلول‌های بیشتری در مغز از بین برود و صرع تا پایان عمر ادامه داشته باشد.
- **بیماران عقب مانده:** عقب ماندگی ذهنی یک بیماری مغزی است که سن عقلی - روانی فرد از سن زمانی یا تقویمی او عقب مانده و کمتر است. این بیماری از ابتدا و پس از کودکی شروع می‌شود و علت آن آسیب رسیدن به مغز کودک در دوران بارداری، حین زایمان و یا پس از تولد و در دوران کودکی است.
- **سایر بیماریهای اعصاب و روان:** سایر مشکلات بهداشت روان بسیار است ولی در این بخش بیشتر منظور اختلالات رفتاری در کودکان از جمله شب ادراری، لکنت زبان، ناخن جویدن، پرتحرکی و خرابکاری و ... می‌باشد.

جدول ۱: مشخصات شاخص میزان بیماران روانی شدید شناسایی شده ی تحت درمان در مناطق روستایی

نام شاخص	میزان بیماران روانی شدید شناسایی شده ی تحت درمان در مناطق روستایی
صورت کسر	تعداد بیماران روانی شدید تحت درمان در مناطق روستایی $\times 1000$
مخرج کسر	جمعیت تحت پوشش برنامه بهداشت روان در مناطق روستایی
منبع جمع آوری اطلاعات	فرم آماری گزارش ماهانه پیگیری بیماریهای روانی عصبی

نمودار ۱: میزان بیماران روانی شدید شناسایی شده ی تحت درمان در مناطق روستایی به تفکیک شهرستان های استان فارس، سال ۱۳۸۹

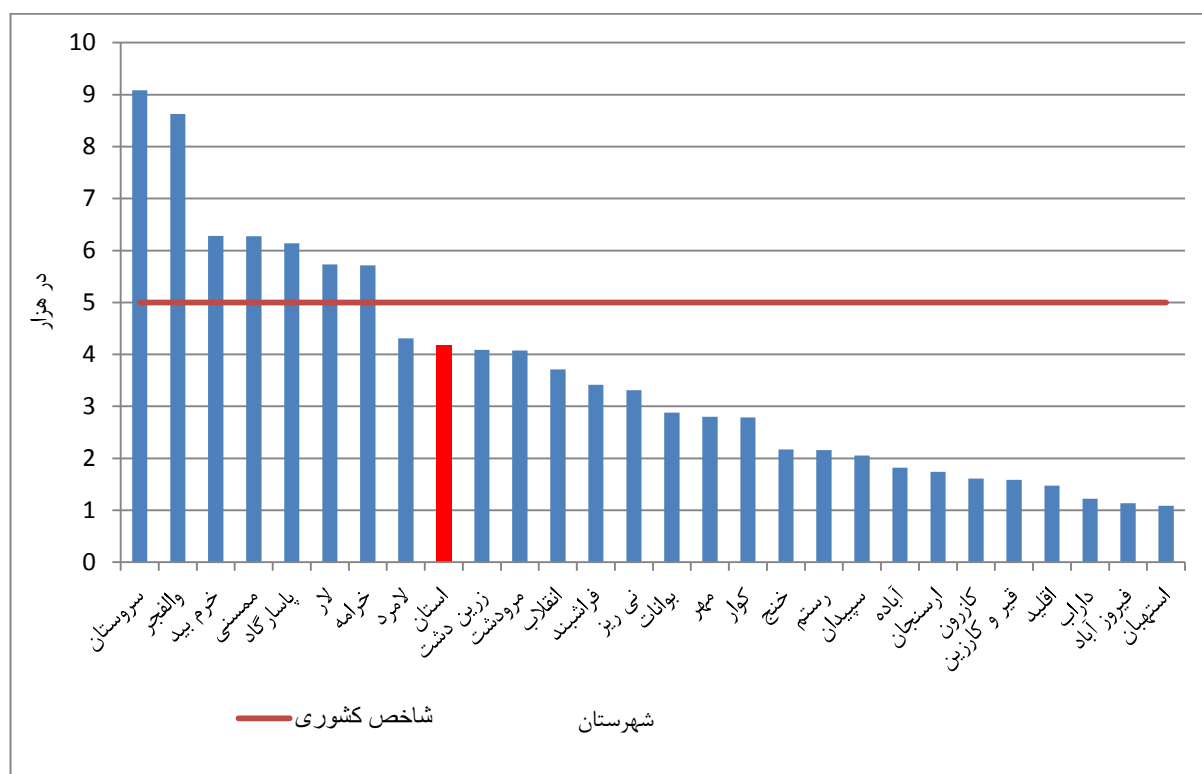


تفسیر: میزان شیوع بیماری روانی شدید تحت درمان (روستایی) در بیشتر شهرستان های استان فارس کمتر از شیوع کشوری می باشد که شاید علت آن جابجایی مکرر پزشکان در سیستم بهداشتی درمانی است، در نتیجه: ۱- بیماری یابی بصورت فعال انجام نمی گیرد ۲- پزشکان خانواده زیاد درگیر خدمات بهداشتی نمی شوند ۳- یک سنجش واحد برای بررسی شیوع شاخص ها در استانها وجود ندارد (یکجا معیار تشخیص پزشک می باشد و جای دیگر کارشناس و بهورز معیار تشخیص می باشد). بعضی از استان ها موارد قطع پیگیری را بعد از ۳ ماه از آمار حذف نمی نمایند ولی در استان فارس این کار صورت می گیرد، در نهایت بعضی استانها برای میزان شاخص هم موارد تحت درمان و هم تحت مراقبت جزء شاخص ها حساب می شود، اما در استان فارس برای محاسبه شاخص فقط تحت درمان محاسبه می گردد. براساس مطالعات اپیدمیولوژی شیوع مورد انتظار ۱/۵ در هزار نفر می باشد که فقط شهرستان های پاسارگاد، خرم بید، نی ریز و ممسنی به شیوع مورد انتظار رسیده اند و بقیه شهرستانها به شیوع مورد انتظار نرسیده اند.

جدول ۲: مشخصات شاخص میزان بیماران روانی خفیف شناسایی شده‌ی تحت درمان در مناطق روستایی

نام شاخص	میزان بیماران روانی خفیف شناسایی شده‌ی تحت درمان در مناطق روستایی
صورت کسر	تعداد بیماران روانی خفیف تحت درمان در مناطق روستایی $\times 1000$
مخرج کسر	جمعیت تحت پوشش برنامه بهداشت روان در مناطق روستایی
منبع جمع آوری اطاعات	فرم آماری گزارش ماهانه پیگیری بیماریهای روانی عصبی

نمودار ۲: میزان بیماران روانی خفیف شناسایی شده‌ی تحت درمان در مناطق روستایی به تفکیک شهرستان‌های استان فارس، سال ۱۳۸۹

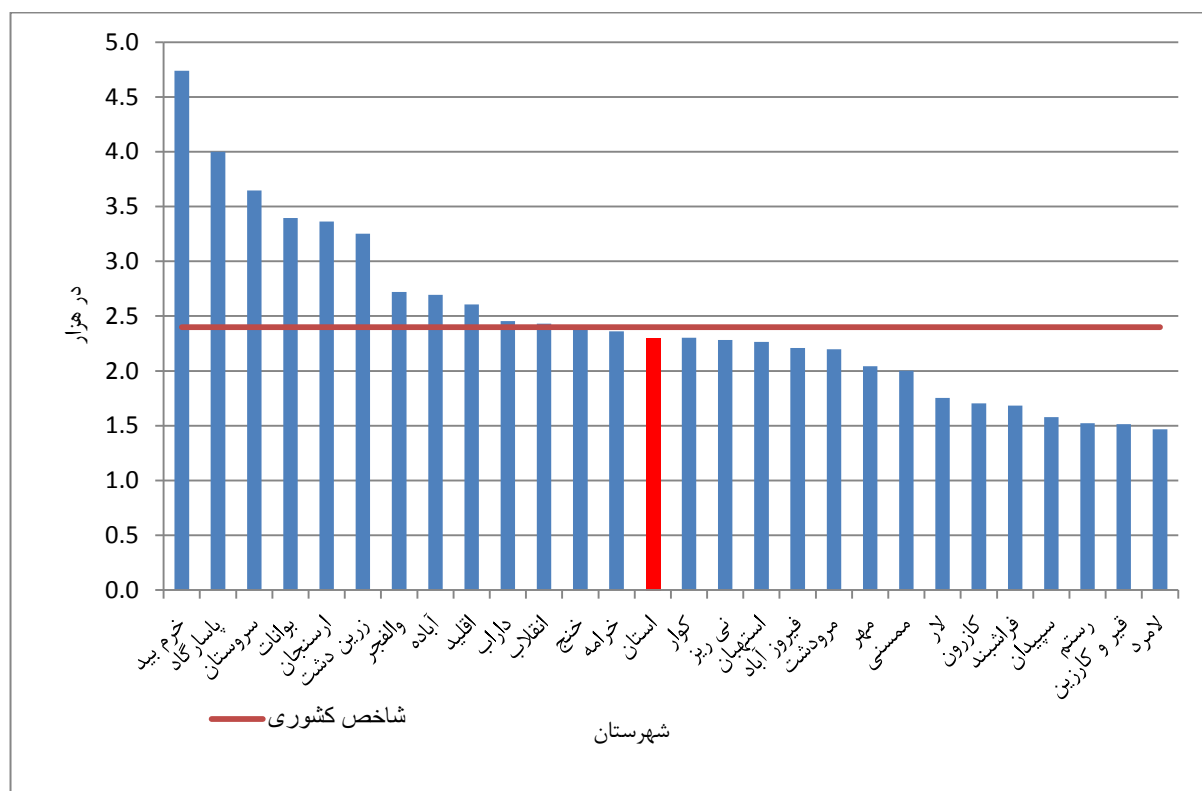


تفسیر: میزان شیوع در شهرستان‌های پاسارگاد، سروستان، شیراز (شهدای والفجر)، ممسنی، لارستان و خرامه بیشتر از شاخص مورد انتظار ۵ در هزار نفر جمعیت می‌باشد اما در بقیه شهرستان‌ها میزان شیوع از شاخص مورد انتظار کمتر می‌باشد. برخی دلایل پایین بودن شاخص در شهرستان‌ها: ۱- اغلب بیماری‌های خفیف روانی تظاهرات جسمی دارند و بصورت سردرد و قلب درد تظاهر می‌کند و به عنوان بیماران خفیف روانی مورد توجه قرار نمی‌گیرند. ۲- شناسایی این بیماران بصورت غیرفعال است. ۳- پزشکان بصورت فعال این بیماران را ویزیت نمی‌کنند.

جدول ۳: مشخصات شاخص میزان بیماران صرعی شناسایی شده ی تحت مراقبت و درمان در مناطق روستایی

نام شاخص	شاخص میزان بیماران صرعی شناسایی شده ی تحت مراقبت و درمان در مناطق روستایی
صورت کسر	تعداد بیماران صرعی تحت مراقبت و درمان در مناطق روستایی $\times 1000$
مخرج کسر	جمعیت تحت پوشش برنامه بهداشت روان در مناطق روستایی
منبع جمع آوری اطلاعات	فرم آماری گزارش ماهانه پیگیری بیماریهای روانی عصبی

نمودار ۳: میزان بیماران صرعی شناسایی شده ی تحت مراقبت و درمان در مناطق روستایی به تفکیک شهرستانهای استان فارس، سال ۱۳۸۹



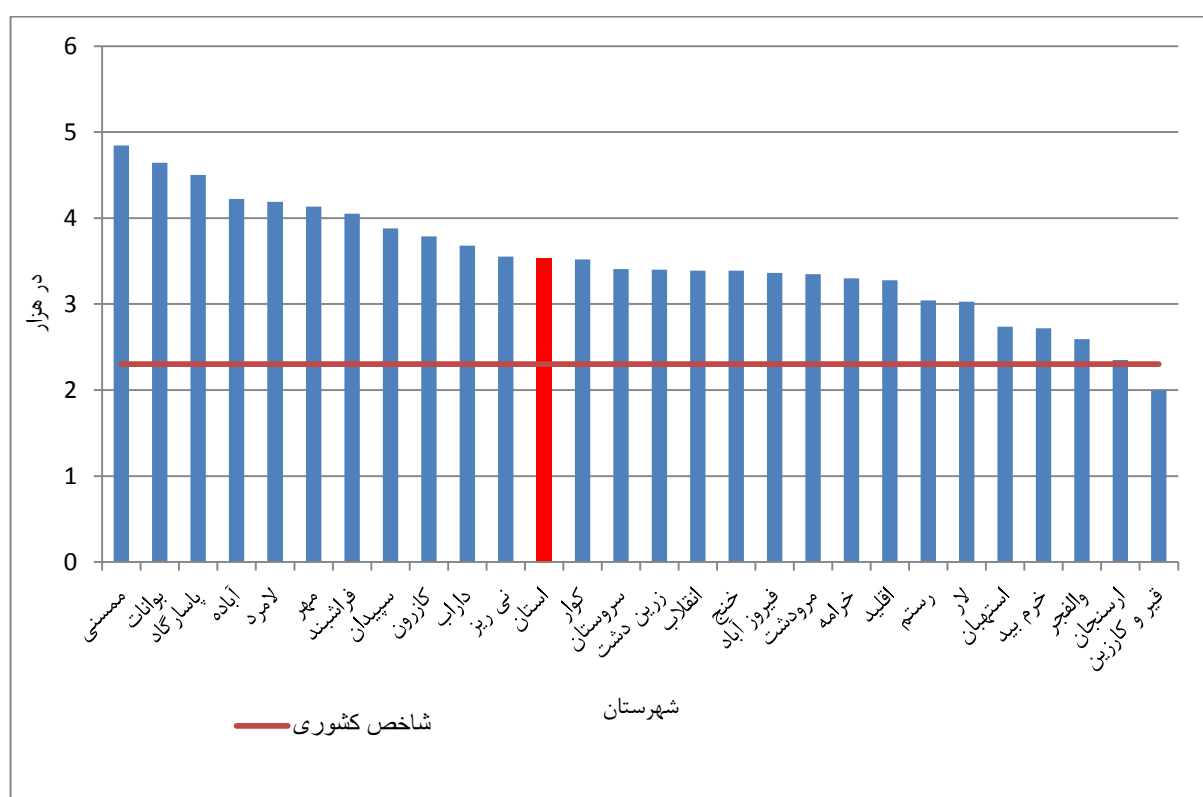
تفسیر: طبق مطالعات اپیدمیولوژی شیوع مورد انتظار ۳ در هزار نفر می باشد که شهرستان های پاسارگاد، خرم بید، سروستان، بوانات، ارسنجان و زرین دشت بالاتر از شیوع مورد انتظار است اما بیش از ۷۷ درصد شهرستان ها پایین تر از شیوع مورد انتظار می باشد.

جدول ۴: مشخصات شاخص میزان بیماران عقب مانده ذهنی شناسایی شدهی تحت مراقبت و درمان در مناطق روستایی

نام شاخص	شاخص میزان بیماران عقب مانده ذهنی شناسایی شدهی تحت مراقبت و درمان در مناطق روستایی
صورت کسر	تعداد بیماران عقب مانده ذهنی تحت مراقبت و درمان در مناطق روستایی × ۱۰۰۰
مخرج کسر	جمعیت تحت پوشش برنامه بهداشت روان در مناطق روستایی
منبع جمع آوری اطلاعات	فرم آماری گزارش ماهانه پیگیری بیماریهای روانی عصبی

نمودار ۴: میزان بیماران عقب مانده ذهنی شناسایی شدهی تحت مراقبت و درمان در مناطق روستایی به تفکیک شهرستان‌های

استان فارس، سال ۱۳۸۹

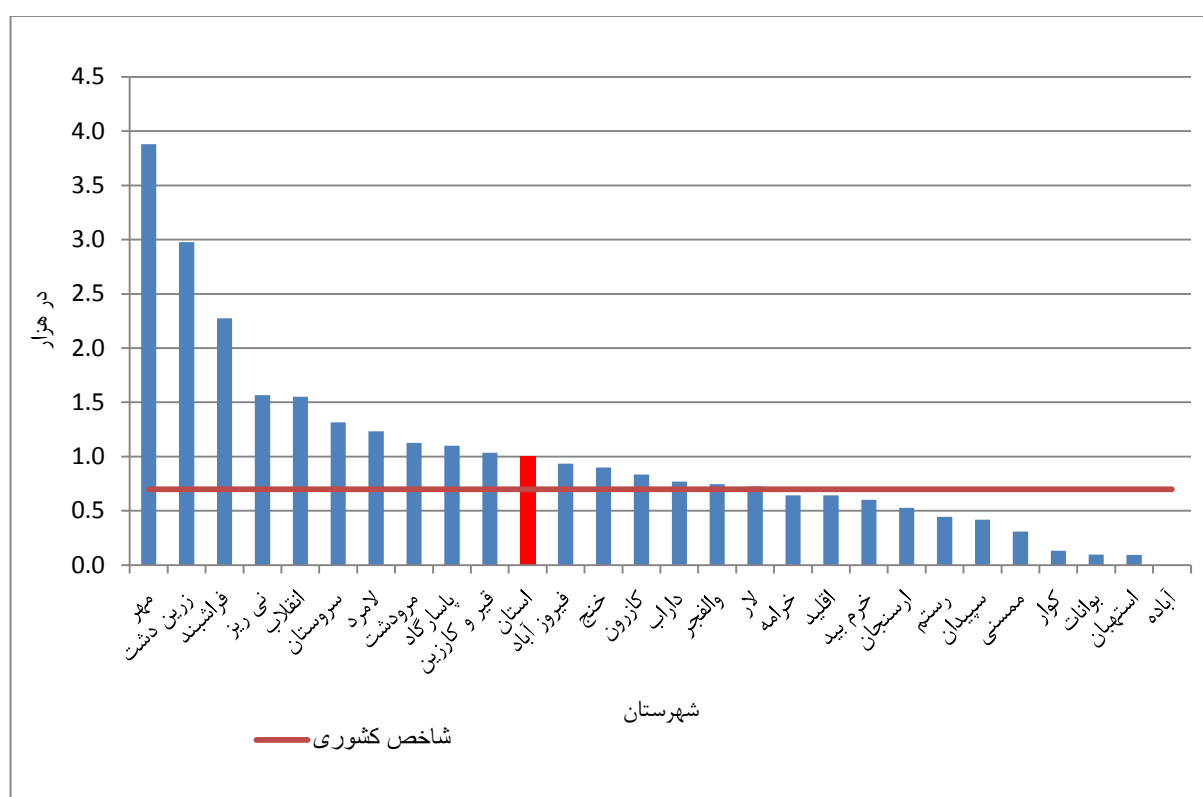


تفسیر: میزان شیوع بیماران عقب ماندگی ذهنی تحت درمان در بیشتر شهرستان‌های استان فارس بالاتر از شاخص کشوری است که شاید علت آن به شرایط اقلیمی و فرهنگی بر می‌گردد. در استان فارس بدلیل ازدواج‌های فامیلی و کمبود بد تعداد این بیماران بیشتر از سایر استان‌ها می‌باشد و همچنین برای محاسبه این شاخص از موارد تحت درمان و تحت مراقبت استفاده می‌گردد. در شهرستان‌های پاسارگاد، ممسنی، بوانات، آباده، لامرد و مهر شیوع عقب‌ماندگی ذهنی بالاتر از شیوع مورد انتظار که بر اساس مطالعات اپیدمیولوژی ۴ در هزار است، می‌باشد. در شهرستان فراشبند هم‌تراز با مطالعات اپیدمیولوژی است و در بقیه شهرستان‌ها هنوز به شیوع مورد انتظار ما نرسیده‌اند. در ضمن بیماریابی در مورد عقب ماندگان ذهنی بصورت غیرفعال می‌باشد.

جدول ۵: مشخصات شاخص میزان سایر موارد بیماران روانی شناسایی شده‌ی تحت مراقبت و درمان در مناطق روستایی

نام شاخص	شاخص میزان سایر موارد بیماران روانی شناسایی شده‌ی تحت مراقبت و درمان در مناطق روستایی
صورت کسر	تعداد سایر موارد بیماران روانی تحت مراقبت و درمان در مناطق روستایی ۱۰۰۰×
مخرج کسر	جمعیت تحت پوشش برنامه بهداشت روان در مناطق روستایی
منبع جمع آوری اطلاعات	فرم آماری گزارش ماهانه پیگیری بیماریهای روانی عصبی

نمودار ۵: میزان سایر موارد بیماران روانی شناسایی شده‌ی تحت مراقبت و درمان در مناطق روستایی به تفکیک شهرستان‌های استان فارس، سال ۱۳۸۹



تفسیر: شیوع سایر موارد بیماری‌های روانی در بیشتر شهرستان‌های استان فارس بالاتر از شیوع کشوری می‌باشد از دلایل پایین بودن شاخص در برخی شهرستان‌ها: ۱- بیماریابی غیرفعال ۲- بیشتر اوقات مشکلات رفتاری گزارش نمی‌شود و مورد توجه قرار نمی‌گیرد ۳- بعضی از بیماری‌های میان‌ساله مثل پارکینسون، آلزایمر و... جزء سایر موارد است که گزارش نمی‌شود. شیوع مورد انتظار بر اساس مطالعات اپیدمیولوژی ۱/۲۴ در هزار نفر است. شهرستان‌های مهر، زرین‌دشت، پاسارگاد، فراتشند، نی‌ریز، شیراز (شهدای انقلاب) و سروستان میزان شیوع بالاتر از شیوع مورد انتظار می‌باشد.

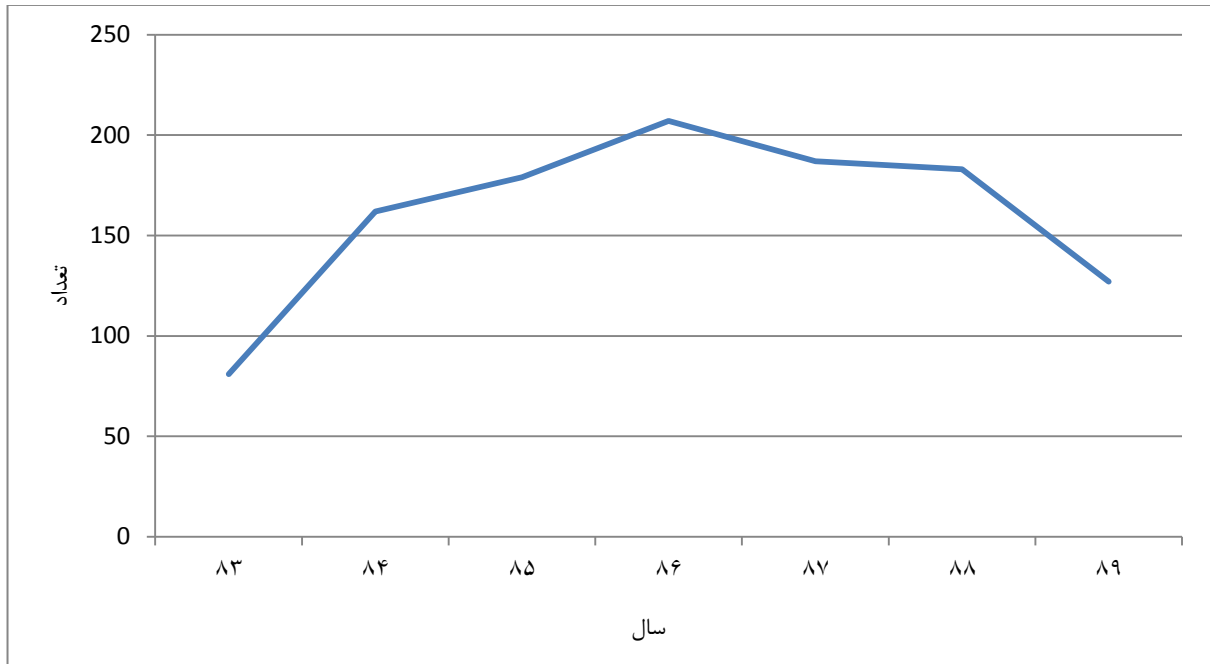
بطور کلی شیوع بالاتر از میانگین استانی به دلایل ذیل می باشد :

- ۱ - کارشناس بهداشت روان ثابت و فعال
- ۲ - بیمار یابی فعال
- ۳ - وجود روان پزشک یا دسترسی آسانتر به روانپزشک
- ۴ - نظارت مداوم کارشناس بهداشت روان بر خانه بهداشت و باز آموزی فعال
- ۵ - وجود پزشک دوره دیده
- ۶ - رده میانی فعال که به صورت کامل بر برنامه بهداشت روان نظارت مستمر داشته باشد
- ۷ - نظارت مستقیم معاونت بهداشتی بر واحد بهداشت روان

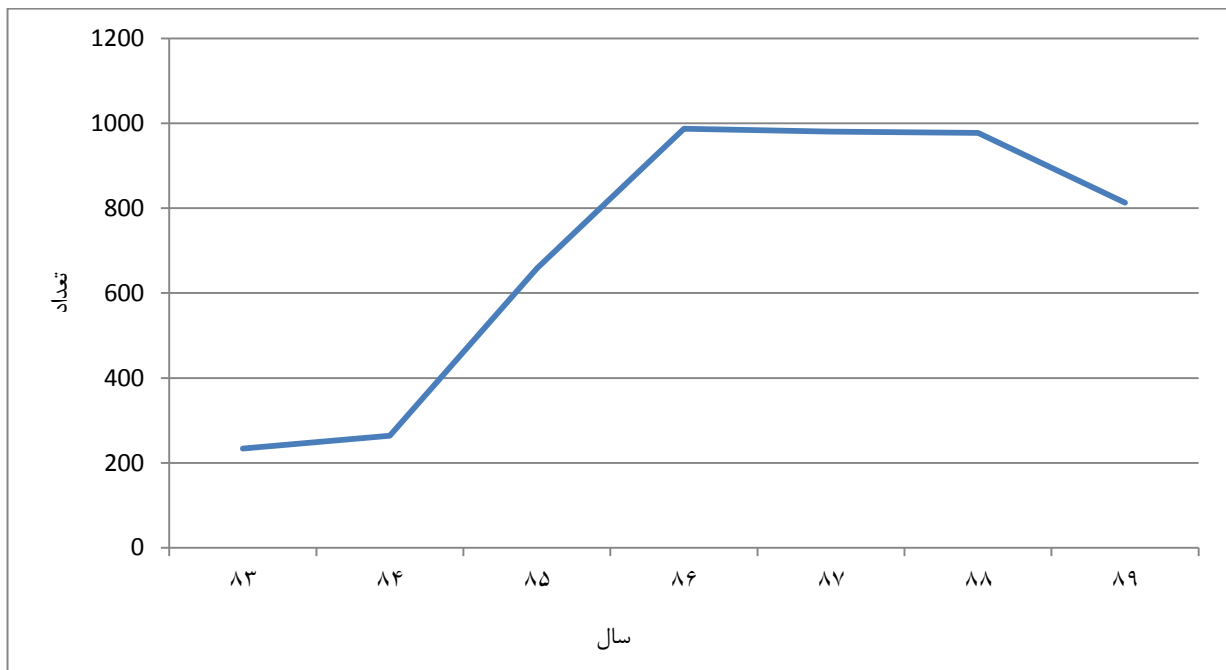
شیوع کمتر از میانگین به دلایل ذیل می باشد :

- ۱ - عدم وجود کارشناس ثابت بهداشت روان
- ۲ - جابجایی مکرر پزشکان
- ۳ - پراکندگی جمعیت و خانه بهداشت
- ۴ - بیمار یابی غیر فعال
- ۵ - دسترسی سخت به روان پزشک یا عدم وجود روانپزشک
- ۶ - عدم وجود پزشک دوره دیده
- ۷ - مداخله ضعیف رده میانی بر ارائه خدمات سلامت روان
- ۸ - عدم ارتباط بین پزشکان بخش خصوصی و بخش ارائه دهنده سلامت روان
- ۹ - عدم تحقق و تکمیل تیم سلامت که شامل کارشناس بهداشت روان هم می باشد
- ۱۰ - خدمات ارائه شده در سیستم بهداشتی از کیفیت بالایی برخوردار نمی باشد
- ۱۱ - انگ ناشی از بیمار روانی بودن باعث می شود که مردم در مناطق روستایی به دلیل آشنا بودن افراد روستا به مراکز بهداشتی مراجعه نمایند و بیماری خود را پنهان کنند.
- ۱۲ - داروها در داروخانه های مراکز بهداشتی درمانی شهری و روستایی موجود نیست، به خصوص در مورد بیماران شدید روانی و صرع .

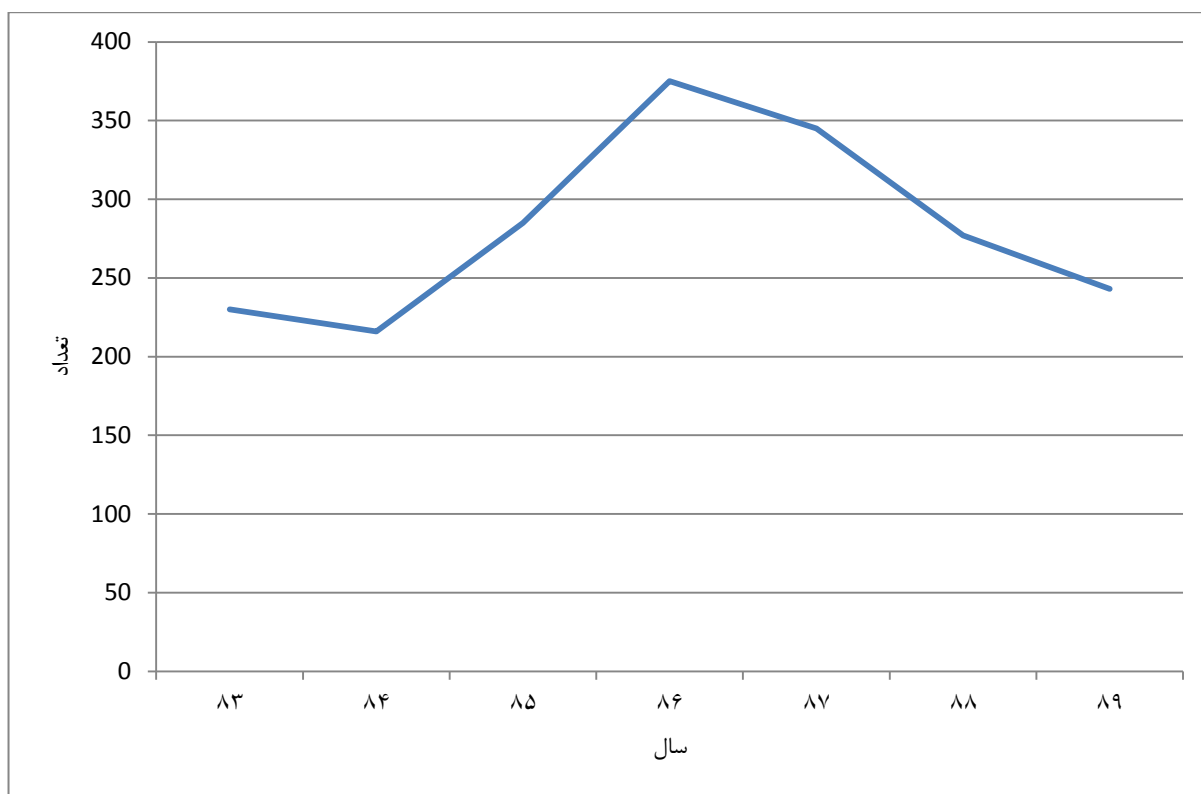
نمودار ۶: تعداد بیماران روانی شدید شناسایی شده سال ۸۳-۸۹



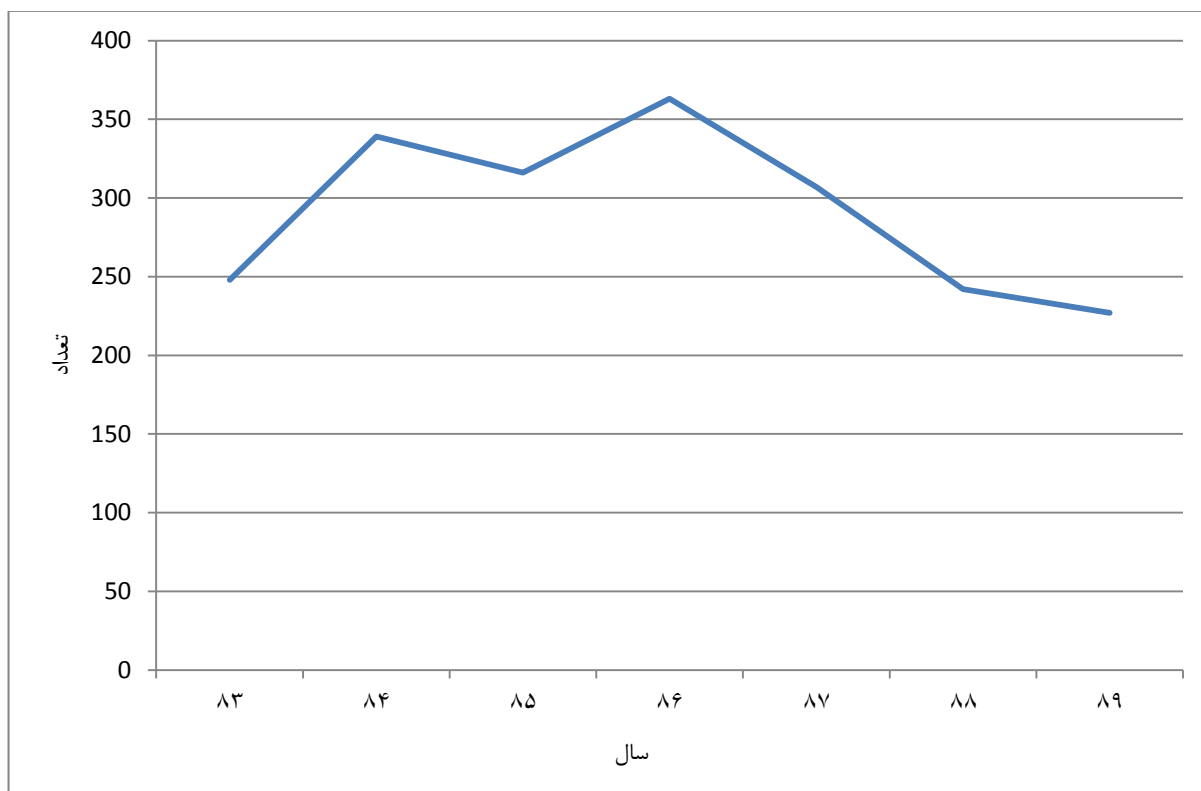
نمودار ۷: تعداد بیماران روانی خفیف شناسایی شده سال ۸۳-۸۹



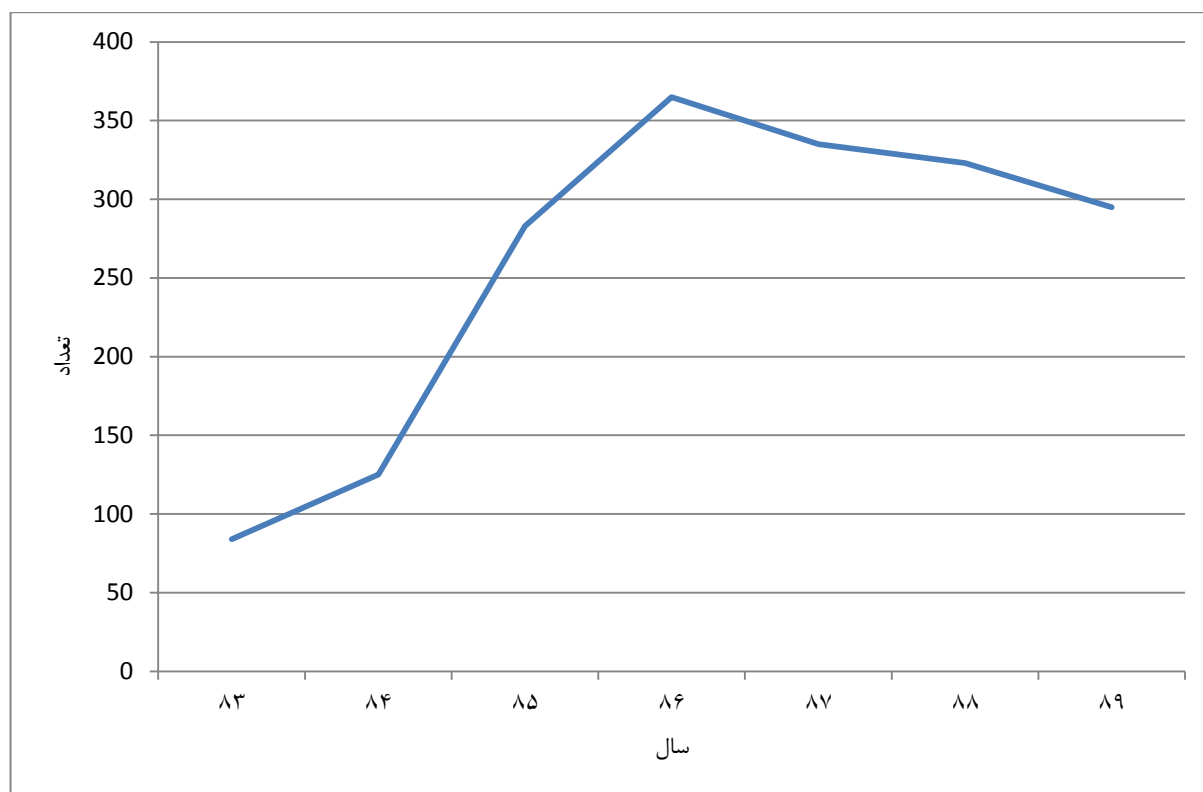
نمودار ۸: تعداد بیماران صرعی شناسایی شده سال ۸۳-۸۹



نمودار ۹: تعداد بیماران عقب مانده ذهنی شناسایی شده سال ۸۳-۸۹



نمودار ۱۰: تعداد بیماران سایر موارد شناسایی شده سال ۸۳-۸۹



تفسیر کلی روند بیماران شناسایی شده سالهای ۸۳-۸۹:

روند بیماریابی اعصاب و روان از سال ۸۳ تا ۸۹ به شرح ذیل مشاهده می‌گردد:

- در مورد بیماران شدید روانی از سال ۸۳ تا ۸۶ سیر بیماریابی بصورت صعودی می‌باشد اما از سال ۸۶ لغایت ۸۹ شاهد روند نزولی در بیماریابی بیماران شدید روانی هستیم.
- در مورد بیماران خفیف روانی از سال ۸۳ لغایت ۸۶ شاهد روند صعودی می‌باشیم اما از ۸۶ تا ۸۸ روند بیماریابی ثابت بوده است که در نهایت سال ۸۹ شاهد روند نزولی بیماریابی می‌باشیم.
- روند بیماریابی بیماران صرعی از سال ۸۴ تا ۸۶ شاهد سیر صعودی بیماریابی می‌باشیم اما از سال ۸۶ لغایت ۸۹ شاهد سیر نزولی بیماریابی می‌باشیم.
- در مورد بیماران عقب مانده ذهنی روند بیماریابی از سال ۸۳ تا ۸۶ دچار نوسان می‌باشد، اما از سال ۸۶ تا ۸۹ دچار سیر نزولی بیماریابی عقب مانده ذهنی می‌باشیم.
- در نهایت روند بیماریابی سایر بیماریهای اعصاب و روان از سال ۸۳ تا ۸۶ شاهد سیر صعودی بیماریابی می‌باشیم. از سال ۸۶ تا ۸۹ شاهد سیر نزولی بیماریابی در مورد سایر بیماران اعصاب و روان هستیم.
- بطور کلی از سال ۸۶ تاکنون در مورد بیماران اعصاب و روان شاهد سیر نزولی بیماریابی با توجه به نمودارهای فوق می‌باشیم که شاید مهمترین علت آن: ۱- نبودن خدمات تخصصی در مراکز بهداشتی درمانی شهری- روستایی و عدم تمایل بیماران برای ادامه‌ی درمان می‌باشد ۲- بیماریابی برخی بیماریها به جز روانی شدید، صرع و عقب ماندگی ذهنی غیر فعال می‌باشد. ۳- به دلیل تخصصی بودن درمان بیماران روانپزشکی، پزشکان مراکز بهداشتی درمانی تمایلی برای درمان این گروه از بیماران نشان نمی‌دهند. ۴- در نهایت به دلیل مهاجرت افراد روستایی به حاشیه شهرها از تعداد بیماران تحت درمان و مراقبت بیماران اعصاب و روان کاسته خواهد شد.