

بررسی اثر بخشی طرح بهداشت روان در بیماریابی بیماران مبتلا به صرع در استان چهارمحال وبختیاری در ۱۳۸۰ - ۱۳۸۳

دکتر رضا خدیوی* مصطفی شاکری** شمسعلی خسروی***

خلاصه

هدف : صرع یکی از اختلالات عصبی شایع بوده و ممکن است سالها ادامه یافته و باعث ایجاد عوارض جسمی ، روانی، اجتماعی و اقتصادی گردد. هدف این تحقیق ، بررسی اثربخشی طرح بهداشت روان در کشف بیماران مبتلا به صرع در استان ، در طول اجرای طرح می باشد .

مواد و روش ها: بدنبال اجرای طرح بهداشت روان در مناطق روستائی وشهری استان از سال ۱۳۸۰، کلیه بیماران مشکوک به بیماریهای روانی و صرع در مراکز بهداشتی درمانی شناسائی شده ، بعد از معاینه توسط پزشک دوره دیده مخصوص طرح و معاینه مجدد توسط پزشک متخصص و تائید نهائی ، بیماران مبتلا تحت مراقبت قرار گرفتند. با انجام یک سرشماری در پایان سال ۱۳۸۳ ، کلیه بیماران مبتلا به صرع استان از نظر خصوصیات دموگرافیک و نوع داروی مصرفی جهت کنترل صرع ، محل زندگی و نسبت خانوادگی ، بررسی شدند . داده ها در حوزه مدیریت پیشگیری و مبارزه با بیماریهای مرکز بهداشت استان، جمع بندی ، کدگذاری و تحت برنامه نرم افزاری SPSS 11.0 با انجام آزمونهای آماری توصیفی و تحلیلی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت .

یافته ها : تا پایان مال ۱۳۸۰ ، جمعا ۱۹۰۷ بیمار مبتلا به صرع در استان شناسائی شدند که با احتساب این رقم شیوع صرع در استان حدود ۲/۲ در هزار نفر جمعیت برآورد می گردد. از نظر جنسی ۵۶/۳ درصد بیماران مرد و ۴۳/۷ درصد آنها زن بودند. ۶۸/۶ درصد بیماران در روستا و ۳۱/۴ درصد آنها در شهر زندگی می کردند . ۱۲/۸ درصد مبتلایان به صرع سابقه بیماری بالاتر از ۱۰ سال داشتند. ۶۸/۵ درصد این بیماران فرزند خانواده بودند آزمون آماری کای اسکوار رابطه معنی داری بین جنس ، محل سکونت ، نسبت در خانواده و ابتلا به صرع را نشان داد .

نتیجه گیری : میزان بیماریابی صرع در استان نسبت به شیوع صرع در کشورهای در حال توسعه کمتر است . با توجه به اینکه بیش از نیمی از جمعیت استان در مناطق شهری زندگی می کنند ، بیماریابی در این مناطق کم بوده و نیاز است نسبت به بازنگری اجرای طرح در مناطق شهری اقدام گردد.

کلمات کلیدی: صرع، اپیدمیولوژی، استان چهارمحال وبختیاری، بهداشت روان

* استادیار دانشگاه پزشکی، گروه پزشکی اجتماعی

** کارشناس ارشد روانپزشکی ، کارشناس مسئول بهداشت روان مرکز بهداشت استان

*** کارشناس ارشد آموزش بهداشت ، عضو هیئت علمی دانشکده بهداشت

مقدمه

صرع یکی از اختلالات عصبی شایع است که ممکن است تمام عمر دوام یابد و مستلزم مراقبت طبی منظم است. (۱)

اصطلاح صرع^{۱*} به حملات عودکننده ای اطلاق می شود که بیش از یک قرن پیش جکسون^{۲*} آنها را به دشوارژ متناوب ناگهانی و مفرط نورونهای قشر مغز نسبت داد (۱) در واقع صرع، عبارت است از اختلال موقت ناگهانی عملکرد مغز که می تواند با سایر اختلالات از جمله ازدست دادن هوشیاری و یابعضی از خصوصیات غیر طبیعی سیستم حرکتی، حسی، رفتاری و یا اتونوم همراه باشد که این امر، ناشی از پیدایش فعالیت الکتریکی غیر طبیعی در گروهی از نورونهاست. زمانی که اختلال عمل نورونی با علائم یاد شده بصورت مزمن و تکراری درآید، واژه صرع برای بیان این حالت مورد استفاده قرار می گیرد. (۱) بیماری صرع در جهان از شیوع بالائی برخوردار است. میزان شیوع واقعی صرع از ۱/۵ تا ۲۰ مورد در هزار نفر بامتوسط ۳/۸ مورد در هر ۱۰۰۰ نفر است. دو سوم تمام حملات صرع در کودکی (اکثرا قبل از یکسالگی) اتفاق می افتد. (۱) اگرچه بعضی از صرع شناسان عقیده دارند میزان واقعی صرع پائین تر از حد آن برآورد می شود. (۲)

در بررسی مطالعات اپیدمیولوژیک بر روی بروز و شیوع صرع و اختلالات صرعی در مناطق مختلف جغرافیایی در سراسر دنیا، نتایج نشان میدهد که تفاوت های کلی در نوع ارزیابی است. اگر چه در بیشتر مطالعات میزان بروز در تعدادی از کشور های

در حال توسعه بیشتر گزارش شده است ولی بررسی های اخیر نشانگر شباهت های بیشتری در بین این میزان ها با کشور های توسعه یافته میباشد. دلایل معنی داری در جنبه های کلینیکی و طبیعت ارزیابی این بیماریها در کشورهای در حال توسعه و توسعه یافته وجود دارد. علاوه بر این بنظر میرسد توزیع سنی و جنسی این اختلالات با عوامل خطر ویژه و دیگر علل دموگرافیک مرتبط باشد و خطای پژوهشگر در متدولوژی تحقیق نیز بی تاثیر نیست و در تفاوت نتایج موثر است. گرچه بروز و شیوع صرع در کشور های مختلف دنیا مشاهده شده ولی توزیع آن یکسان نیست و بستگی به اقدامات پیشگیرانه در مناطق مختلف دارد) (۳).

بروز مالیانه صرع ۵۷-۳۱ در هر صد هزار نفر جمعیت برآورد شده است و بروز آن در کودکان و افراد سالمند بیشتر است. (۲) بروز صرع در سال اول زندگی را تا حدود ۱۲۰ مورد در یکصد هزار نفر برآورد می کنند. (۴) بروز صرع بعد از ۶۰ سالگی با بالا رفتن سن افزایش میابد (۱) صرع در مردان ۲/۴-۱/۱ برابر بیشتر از زنان مشاهده می شود. (۵) میزان بروز صرع در اکثریت کشورهای توسعه یافته از ۷۰-۴۰ در هر ۱۰۰۰۰۰ نفر گزارش شده است ولی این میزان در کشور های در حال توسعه به ۱۹۰-۱۰۰ در هر ۱۰۰۰۰۰ نفر میرسد. شیوع صرع فعال^{۳*} (اشخاصی که

^{۱*} epilepsy
^{۲*} Jackson

^{۳*} Active epilepsy

صرع در کشور کلمبیا ۱۰/۳ (۱۳ - ۸/۵) در هزار نفر و در کشور گامبیا ۴/۹ در هزار نفر جمعیت و در کشور پاکستان در یک گروه جمعیتی تا ۹ در صد گزارش شده است. (۸-۱۰)

در غربالگری خانه به خانه در کشور هندوستان، شیوع صرع ۴/۷ - ۲/۴۷ در هزار نفر جمعیت گزارش شده است. (۱۱-۱۳) در مطالعه ای مشابه در کشور تونس، شیوع صرع ۴/۰۴ در هزار نفر برآورد گردیده است. (۱۴) در مطالعه ای در کشور ژاپن و بر روی کودکان زیر ۱۳ سال، میزان شیوع صرع ۸/۹ در هر هزار نفر از جمعیت بود که اگر در این مطالعه تعداد کودکان با یک حمله صرع و تشنج ناشی از تب را جدا میکردیم، شیوع صرع در کودکان به ۵/۵ نفر در هر هزار نفر کاهش مییافت (۱۵).

در مطالعه ای بر روی صرع و نقش EEG در بیماران صرعی کهنسال، مشخص گردید که تشنج در حال حاضر سومین مشکل نرولوژیک شایع افراد کهنسال است که بیشترین فراوانی را در جمعیت مسن دارد و کهنسالی اوج بروز حملات تشنجی دوره های غیر تحریکی^{۳*} در این بیماران بوده و با افزایش سن و پیر شدن جمعیت مرتبط است (۱۶). میزان شیوع صرع در کشور اسپانیا ۴/۱۲ نفر در هر هزار نفر، در تمام انواع صرع است (۱۷).

طبق تحقیقات انجام شده، شیوع صرع در ایران ۲/۱۲ در هزار نفر (طبق گزارش اداره کل پیشگیری و مبارزه

داروی ضد تشنج میگیرند یا یک با یک حمله تشنج در ۵ سال گذشته داشته اند)، از ۱۰-۴ در هر ۱۰۰۰۰ در کشور های پیشرفته و تا ۵۷ در هر ۱۰۰۰۰ در کشورهای در حال توسعه است. مطالعات اخیر نشان داده که ۵-۱/۵ درصد هر جمعیتی یک حمله تشنج را در طول زندگی تجربه کرده اند. در ایالات متحده آمریکا از هر ۱۰۰۰ نفر جمعیت ۶/۵ نفر به تشنجهای تکرار شونده که صرع فعال خوانده می شود، مبتلا هستند.

لوینگستون^{۱*} وجود یک نفر دارای صرع در هر ۲۵۰ آمریکائی را برآورد کرده است. مؤسسه صرع آمریکا^{۲*} شیوع اختلال حمله در جمعیت عمومی را حدود ۲٪ گزارش می کند. (۱)

میزان شیوع صرع در مناطق روستائی کشور چین، حدود ۷-۶/۸ در هر هزار نفر از جمعیت گزارش شده که در ۴۰/۶٪ موارد درمان نشده و ۳۵/۴٪ موارد بصورت نا منظم تحت درمان دارویی قرار داشتند. از آنجا که بیش از دو سوم موارد صرعی در مناطق روستائی از درمان منظم برخوردار نبوده اند، اتخاذ استراتژی مناسب و مداخلات موثر و علمی میتواند موجب توسعه روند بهبود این بیماران گردد. (۶)

در مطالعه ای در کشور توگو در دو مرحله به فاصله ۶ سال، شیوع صرع در مرحله اول ۱۲/۳ در هر هزار نفر از جمعیت و در مرحله دوم ۱۳/۱ در هر هزار نفر از جمعیت گزارش شده است. (۷) شیوع

^{۱*} Levingston^{۲*} Fundation Epilepsy of American^{۳*} Unprovoked

به سمت نا توانی های ناشی از صرع تغییر یافته و صرع به عنوان یک مشکل بهداشتی از اولویت خاصی برخوردار است . (۲۲ و ۲۳)

بیماران مصروع به واسطه نوع بیماری خود از نظر شغلی ، اجتماعی و اقتصادی دچار محدودیتهایی هستند که نهایتاً باعث کاهش میزان اشتغال و بالطبع کاهش درآمد آنها خواهد شد، به نحوی که میزان اشتغال در مصروعین ۶۰-۴۰ در صد کاهش می یابد (۲۴)

با توجه به شیوع صرع در جوامع مختلف و وفور عوارض متعدد و ضررهای اقتصادی مستقیم و غیر مستقیم ناشی از آن ، درک درست میزان فراوانی صرع در جامعه می تواند سیمای روشن تری در تعیین بار کلی بیماری صرع به مدیران بخش بهداشت و درمان ارائه کند تا از این منظر با اتخاذ سیاستهای مدیریتی صحیح و برنامه ریزی منطقی ، ضمن ارزیابی عوامل خطر صرع و ایجاد دسترسی لازم ، در راستای کنترل حملات تشنج در اولین قدم و سپس، کاهش عوامل خطر تلاش شود . هدف از اجرای این پژوهش ، تعیین میزان بیماریابی صرع بعد از ادغام طرح بهداشت روان در نظام ارائه خدمات بهداشتی ، درمانی اولیه در مناطق روستائی و شهری استان و همچنین بعضی از عوامل خطر مرتبط با آن می باشد .

با بیماریهای وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی) ، ۲/۲۵ در هزار نفر (طبق گزارش دفتر منطقه ای سازمان جهانی بهداشت در ایران) ، ۲/۹۴ در هزار نفر جمعیت روستاهای استان چهارمحال و بختیاری (گزارش مرحوم دکتر شاه محمدی) ، ۴/۲ در هزار نفر جمعیت روستائی در استان اصفهان (تحقیق دکتر بهمن صادقی) ، ۱۲ در هزار نفر جمعیت (طبق گزارش تحقیق سلامت و بیماری در جمهوری اسلامی ایران) ، گزارش شده است . (۱۸)

بیماری صرع باعث افزایش شانس مرگ زودهنگام و عوارض جسمی ، روانی ، اجتماعی و اقتصادی خواهد شد به نحوی که فراوانی مرگ و میر در این بیماران ۸/۸-۵/۳ مرتبه بیشتر از جمعیت عادی است (۱۹) . مطالعه کوهورت بر روی شیوع موربیدیتهای*^۱ و تصادفات در بیماران با حملات صرعی در ۸ کشور اروپایی ایتالیا- آلمان- هلند- انگلستان- پرتغال- استونی- روسیه و اسلونی نشان داد ابتلا به بیماریها و بروز تصادفات در بیماران با صرع ایدیوپاتیک و کریپتوژنیک بالا تر از حد متوسط نسبت به سایر افراد جامعه میباشد (۲۰).

از شایع ترین عوارض صرع در بیماران ، می توان به اختلالات روانی اشاره کرد (۱۱) . کودکان با بروز حملات صرع اولیه اختلالات رفتاری بیشتری را از خود نشان می دهند (۲۱)

بیماری صرع باعث بدتر شدن کیفیت بخش مرتبط با سلامت زندگی و افزایش میزان شیوع ناتوانی خواهد شد. بر اساس مطالعات سازمان جهانی بهداشت بر روی بار کلی بیماری صرع*^۲ ، مشخص شد که نظرات

*morbidity
*GLOBAL BURDEN

مواد و روش ها

به دنبال اجرای اولیه طرح بهداشت روان توسط مرحوم دکتر شاه محمدی در سال ۱۳۷۱ در روستاهای شهرکرد، به تدریج این طرح در نظام ارائه خدمات بهداشتی و درمانی روستاهای استان و سپس در سال ۱۳۸۰ در نظام ارائه خدمات بهداشتی و درمانی مراکز شهری استان ادغام گردید. در این طرح، بیماران مشکوک به بیماریهای عصبی و روانی با بیماریابی فعال توسط بهورزان در روستاها، بیماریابی غیر فعال در شهرها (با کمک رابطین بهداشتی و اطلاع رسانی عمومی)، شناسائی شده و به پزشکان عمومی (که دوره بازآموزی طرح بهداشت روان را طی کرده بودند) برای بررسی بیشتر ارجاع می شدند. پزشکان عمومی بعد از ارزیابی اولیه و تشکیل پرونده، بیماران را تحت مراقبت قرار می دادند. بیماران واجد بررسی بیشتر به پزشک مخصوص طرح ارجاع می شدند. این پزشکان، در هر شهرستان یک نفر بودند و قبلاً حداقل سه ماه دوره تکمیلی مراقبت از بیماران طرح بهداشت روان (اعم از بیماران روانپزشکی و بیماران عصبی) را در بخشهای بیمارستان آموزشی دانشگاهی فرا گرفته بودند. بیماران مشکوک و نیازمند خدمات تخصصی از طرف این پزشکان به سطوح تخصصی ارجاع می شدند. بعد از بررسی پرونده بیماران مبتلا به صرع در استان (این موارد بیشتر از یک پنجم پرونده های تحت پوشش برنامه بهداشت روان استان را تشکیل می دادند) و جمع آوری داده ها، در یک مطالعه به روش مقطعی^{۱*}،

کلیه ۱۹۰۷ نفر مصروع تحت پوشش برنامه بهداشت روان بصورت غیر تصادفی (سرشماری) مورد بررسی قرار گرفتند. در این بررسی اطلاعات مربوط به: سن بیمار، جنس، محل زندگی، مدت ابتلاء، نوع داروهای مورد مصرف و شهرستان محل سکونت از پرونده های پزشکی موجود در مراکز بهداشتی درمانی استخراج گردید. بخش دیگر اطلاعات شامل میزان تحصیلات، شغل، نسبت در خانواده و مدت ابتلاء به بیماری از طریق مصاحبه با بیمار یا نزدیکان وی توسط کارکنان مبارزه با بیماریهای مراکز بهداشتی درمانی با یک پرسشنامه خود ساخته اخذ و جمع آوری شد. اعتبار و روانی پرسشنامه با کمک کارشناسان بهداشت روان شهرستانهای استان و انجام یک پیش آزمون اصلاح گردید. داده های جمع آوری شده تحت برنامه آماری SPSS 11.0 وارد رایانه شده و با استفاده از آزمونهای آماری توصیفی (فراوانی و انحراف معیار) و آزمونهای آماری تحلیلی تست t و کای اسکوار^{۲*} مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها

در ۱۹۰۷ نفر از افراد مصروع تحت پوشش برنامه بهداشت روان از نظر شیوع بر حسب جنس، ۵۶/۳ درصد بیماران مرد و ۴۳/۷ درصد زن بودند. مرد و ۴۳/۷ درصد زن بودند. آزمون آماری "کای دو"^{۲*}

*Cross - section

**t-test, chi square

** (x²)

نشان داد که رابطه معنی داری بین جنس و ابتلا به صرع وجود دارد (Chi square =19.16, df=1, P<0.01) (جدول شماره ۱)

جدول شماره ۱: توزیع فراوانی نسبی مبتلایان به صرع استان چهارمحال و بختیاری، به تفکیک جنس و محل

سکونت در سالهای ۱۳۸۳-۱۳۸۰

جنس محل	مرد	زن	کل
روستائی	۷۵۴ (۳۹/۵۴٪)	۵۵۵ (۲۹/۱٪)	۱۳۰۹ (۶۸/۶۴٪)
شهری	۳۱۹ (۱۶/۷۳٪)	۲۷۹ (۱۴/۶۳٪)	۵۹۸ (۳۱/۴٪)
جمع	۱۰۷۳ (۵۶/۲۷٪)	۸۳۴ (۴۳/۷۳٪)	۱۹۰۷ (۱۰۰٪)

۹۹/۹ درصد افراد مصروع تحصیلات زیردیپلم داشتند و فقط ۰/۱ درصد افراد بیمار دارای تحصیلات عالی بودند. بررسی شیوع صرع برحسب شغل نشان داد که ۱۷/۲ درصد کودک، ۲۸/۸ درصد دانش آموز، ۲۳ درصد خانه دار، ۱۴ درصد بیکار، ۹ درصد کارگر و ۲۱/۵ درصد دارای سایر مشاغل بودند و رابطه معنی داری بین وضعیت شغلی و ابتلا به صرع مشاهده نشد. در بررسی، شیوع صرع برحسب نسبت در خانواده ۱۷/۳ درصد همسر، ۶۸/۵ درصد فرزند و ۱۴/۲ درصد سرپرست خانوار بودند و آزمون آماری کای دو، رابطه

بررسی شیوع برحسب محل سکونت نشان داد که ۶۸/۶ درصد افراد مصروع در روستا و ۳۱/۴ درصد آنها در نقاط شهری استان ساکن هستند. آزمون آماری کای دو بیسانگر رابطه معنی دار آماری بین محل سکونت و ابتلا به صرع بود.

بررسی شیوع صرع بر حسب سن نشان داد که که میزان شیوع صرع در بیماران کمتر از ۱۹ سال ۵۷/۵ درصد و میزان شیوع در بیماران بالای ۱۹ سال ۴۲/۵ درصد است، اما رابطه معنی داری بین سن و ابتلا به صرع بدست نیامد.

چین ، توگو، کلمبیا ، گامبیا ، پاکستان ، هندوستان ، تونس ، ژاپن ، اسپانیا و نتایج طرح ملی سلامت و بیماری در کشور کمتر است (۱۸-۶) ولی با نتایج گزارشات دیگر کشوری و استانی مطابقت دارد (۱۸).

در مطالعه کشور گینه بیسائو ، حساسیت و اختصاصیت غربالگری طرح بهداشت روان در بیماریابی از جمله بیماران مبتلا به صرع به ترتیب ۸۵٪ و ۸۸٪ اعلام شده است (۲۵). با عنایت به سابقه موفقیت طرحهای مداخلاتی در حوزه بهداشت کشور و بخصوص طرح بهداشت روان در این استان (از زمان مرحوم آقای دکتر شاه محمدی) و بهره گیری از کارشناسان خبره استان و اداره کل مبارزه با بیماریهای وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی ، قطعاً حساسیت و اختصاصیت غربالگری این پژوهش از نتایج کشور گینه بالاتر بوده است. در مطالعه کشور امریکا در ایالت آتلانتا و در مطالعه کشور توگو که پروتکل پژوهشی سازمان جهانی بهداشت را برای بررسی شیوع اختلالات نرولوژیک در کشور های در حال توسعه مورد استفاده قرار دادند و همچنین در مطالعه کشور هندوستان ، بر استفاده از مراقبت های مبتنی بر جامعه با هدف بیماریابی بهتر، پیشگیری از اختلالات زمینه ای و مراقبت بهتر از اختلالات عصبی و روانی تاکید دارند (۷ و ۱۳).

بررسی ویژگیهای شخصی بیماران مصروع در استان چهارمحال و بختیاری نشان می دهد که ۵۶/۳ درصد افراد مورد مطالعه مرد بوده و رابطه معنی دار آماری در شیوع صرع در مردان نسبت به زنان دیده شد. هر چند در تحقیق کشور اسپانیا این رابطه دیده نشده است ولی نتایج مطالعات انجام شده در کشورهای هندوستان،

معنی داری بین ابتلا به صرع و نسبت در خانواده را نشان می دهد .

(Chi square = 17 , df = 1 , P < 0.001)

از نظر مدت ابتلا به بیماری صرع، ۳۳ درصد افراد صفر تا ۲ سال، ۲۷/۴ درصد ۳-۴ سال ، ۱۳/۱ درصد ۵-۶ سال ، ۷/۷ درصد

۷-۸ سال ، ۶ درصد ۹-۱۰ سال و ۱۲/۸ درصد بیش از ۱۰ سال بوده که به بیماری مبتلا بودند.

شایعترین داروی مصرفی در بین بیماران فنوباریتال با ۳۳/۷ درصد ، سپس کاربامازپین با ۱۶/۹ درصد، فنی توئین با ۶/۹ درصد و سدیم والپورات با ۶/۷ درصد بودند، ضمن اینکه ۲۹/۲ درصد افراد بصورت ۲ دارویی، ۳/۳ درصد آنها بصورت سه دارویی و ۱/۲ درصد با سایر داروها ، تحت درمان بودند. (جدول شماره ۳)

بالاترین میزان شیوع مربوط به شهرستان لردگان با میزان ۳/۱۱ در هزار نفر جمعیت و کمترین میزان شیوع صرع در استان مربوط به شهرستان شهرکرد با ۰/۹۴ در هزار نفر جمعیت است . میزان بیماریابی در شهرستان اردل ۳ ، در شهرستان فارسان ۲/۸ ، در شهرستان کوهرنگ ۲/۴ و در شهرستان بروجن ۲/۲ نفر در هزار نفر جمعیت بود. با این ترتیب ، میزان شیوع استانی ۲/۲ در هزار نفر جمعیت می باشد.

بحث

میزان شیوع استانی صرع ۲/۲ در هزار نفر جمعیت محاسبه شده که این رقم از آمار اعلام شده توسط مؤسسه صرع آمریکا (۱، ۷) و از میزان شیوع صرع در کشور

بهداشتی درمانی خصوصی مراجعه می کنند که در این مطالعه به آنها پرداخته نشده است. با توجه به شرایط اجتماعی و اقتصادی مردم استان و رایگان بودن خدمات درمانی (ویزیت پزشکان) و هزینه های داروهای بیماران مشمول طرح بهداشت روان این استان، به نظر نمی رسد بیماران مصروع مراجعه کننده به بخش های غیر دولتی از آمار بالائی برخوردار باشند.

از نظر نسبت در خانواده، ۶۸/۵ درصد مبتلابان فرزند خانواده و مجرد بودند و تنها ۳۱/۵ درصد افراد نقش همسر یا سرپرست خانواده را ایفا می کردند. احتمالاً مشکلات متعدد اقتصادی و اجتماعی این افراد مانع از تشکیل خانواده شده و باعث میشود که در خانواده بصورت مجرد باقی بمانند. ضمن اینکه دختران مبتلا به این بیماری از جمله افسار آسب پذیری هستند که فشارهای روانی مختلفی را تجربه می کنند و لازم است اقدامات حمایتی و آموزشی برای مشارکت آنها در فعالیتهای اجتماعی ایجاد شده و ازناتوانی، عوارض روانی بیماری صرع و کاهش کیفیت زندگی آنها پیشگیری گردد.

امروزه هرچند داروی فنوباریتال در خط اول درمان صرع قرار ندارد (۲۹) با این وجود در این مطالعه مشخص گردید که در بین داروهای مصرفی مصروعین در استان، فنوباریتال با ۳۳/۷ درصد بالاترین میزان داروی مورد مصرف بیماران را به خود اختصاص داده، ضمن اینکه ۲۹/۲ درصد این افراد بصورت ۲ دارویی مورد مداوا قرار می گرفتند. مطالعات دیگر نشان داده که فنوباریتال در کشورهای دیگر نیز داروی غالب مورد مصرف بوده است (۱۲۹) در هنگ کنگ، بالغین (گروه سنی ۹۴-۱۰ و میانگین سنی ۳۵/۸ سال)، عمدتاً

نیجریه و بیماران ایالت آتلانتای امریکا موید این مطلب است (۲۶-۲۸ و ۱۱)

این بررسی نشان داد که شیوع صرع در روستاها، تقریباً دو برابر شیوع صرع در مناطق شهری استان است. در مطالعه کشور هندوستان نیز شیوع صرع در روستاها بیشتر از شهرها (چندین برابر) گزارش شده است. (۱۳) این نکته بیانگر شیوع بیشتر عوامل خطر در نقاط روستائی است، اما نباید از نظر دور داشت که بیماریابی برنامه بهداشت روان در روستاها، بصورت فعال و بیماریابی در شهرها بصورت پاسیو انجام می شود.

اگر چه در نتایج این پژوهش، رابطه معنی داری بین سنین مختلف و ابتلا به صرع مشاهده نشد، با این حال شیوع بیماری در سنین زیر ۲۰ سال بالاتر از گروههای سنی دیگر بود که این مسئله نتایج مطالعات انجام شده دیگر را مورد تأیید قرار داد. (۱۰۲) و (۲۹ و ۳۰)

نتیجه این بررسی نشان داد که ۹۹/۹ درصد از کسانی که مورد مطالعه قرار گرفته اند و تحت پوشش برنامه بهداشت روان (صرع) هستند دارای تحصیلات پائین تر از دیپلم بوده که مسلماً این بمعنای عدم بروز بیماری در افراد تحصیل کرده نیست ولی عدم نگرش درست نسبت به این بیماری در خانواده ها نسبت به توان ذهنی فرزندان خود و یا عدم ادامه تحصیل در روستاها و از طرف دیگر کاهش بهره هوشی بدنیاال حملات تشنجی کنترل نشده (۱۱) از علل دیگر پایین بودن سطح سواد بیماران مبتلا به صرع استان می باشد، هر چند نباید از نظر دور داشت که بعضی از بیماران، احتمالاً بخاطر موقعیت اجتماعی، تحصیلی و شغلی بهتر خود جهت مراقبت از بیماری خود، فقط به مراکز

هرچند مراقبت مستمر در بیماران کشور گامی کمتر از ۱۰٪ بوده است (۹) و یا در منطقه کشمیر هندوستان علی رغم استمرار حملات تشنجی با میانگین ۶ سال، ۷۴/۵٪ بیماران مبتلا به صرع درمان خاصی را دریافت نکرده بودند، (۱۱) با این حال در تحقیق قبلی انجام شده از این استان، مراقبت دارویی در مصروعین استان در سطح نسبتاً قابل قبولی قرار دارد. (۲۴) معمولاً داروهای کنترل کننده صرع می توانند بطور قابل قبولی از بروز این حملات جلوگیری کنند، ولی متأسفانه مصرف درازمدت این داروها در کودکان ممکن است تا ۵۰ درصد با عوارض جانبی همراه بوده و برخی عوارض مذکور ممکن است تا مدت‌ها مخفی بمانند. (۳۵) با عنایت به انواع عوارض و ناتوانی‌های شدید در صرعه‌های کنترل نشده و میزان بالای اثربخشی داروهای کنترل کننده صرع، یافته‌های این پژوهش حاکی از آن است که بیماریابی مبتلایان به صرع، بخصوص در انواع غیر شایع و بخصوص در مناطق شهری، می بایست ارتقاء یابد. در پایان پیشنهاد می گردد در تحقیق دیگری، کیفیت مراقبت از بیماری صرع (از نظر چگونگی مصرف داروهای کنترل کننده صرع و میزان عود حملات تشنج) مورد بررسی قرار گیرد.

از داروهای فنی توین، کاربامازپین و سدیم والپورات برای کنترل صرع استفاده می کرده اند. در عین حال ۲۵/۹٪ از بیماران بیش از ۲ دارو مصرف کرده و ۴۸/۳٪ موارد در ۶ ماهه اخیر حمله فعال داشته اند (۳۱). بیشترین داروی مصرفی کنترل کننده صرع در کشور تونس، والپورات سدیم بوده است. (۳۲) علی رغم تنوع در الگوی مصرف داروهای ضد صرع، طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت، داروهای فنوباریتال و فنی توین در مقایسه با داروهای ضد صرع دیگر، دارای بالاترین اثربخشی هستند. (۳۳)

با عنایت به اینکه ۱۲/۸ درصد افراد مورد مطالعه بیش از ۱۰ سال به بیماری مبتلا بوده و بیشتر این افراد در طی این سالها، داروهای کنترل کننده صرع را بطور مستمر دریافت می کرده اند، با توجه به تغییر پروتکل های درمانی با هدف کاهش عود حملات تشنجی و کاهش عوارض و نهایتاً پذیرش بهتر دارو توسط بیماران، لازم است در تحقیقات بعدی به بررسی این موضوع پرداخته شود.

در مطالعه ای بر روی رتبه تولد و ریسک فاکتورهای صرع در عربستان سعودی مشخص گردید که در رتبه تولد بالاتر احتمال ابتلا به صرع کاهش می یابد. علاوه بر این در انواع کریپتوژنیک صرع این ارتباط با وضوح بیشتری مشاهده شده است (۳۴). در این تحقیق بعلا محدودیتهای اقتصادی امکان بررسی سایر عوامل زمینه ای نبود.

فهرست منابع

1. Maurice V, Allan H, Ropper. Epilepsy and other seizure disorders . **Adams and Victor s , Principles of Neurology** , Seventh Edition , Vol(1), McGraw – Hill companies . USA . 2001 , 331-333.
2. Nancy FS , Elaine W. Epilepsy . Christopher G G . **Text book of Clinical Neurology** , Second Edition , USA , 2003 , Saunders , 1155- 1175.
3. Jallon Pierre. Epilepsy and epileptic disorders , an epidemiological marker, Contribution of descriptive epidemiology , **Epileptic – Disord** , 2002 Mar :4 (1):1- 13 .
4. Camfield CS , Camfield PR, Watson L. Cerebral palsy in children with epilepsy .In Devinsky O and westbrooke LE ,eds , **Epilepsy and Developmental Disabilities** , Boston , Butterworth – Heinemann , 2001,33 –40
5. Bradley - Daroff- Fenichel- Junkovic . **Neurology in clinical praCTICE** , 4th edition, 2004 ,PP 1954- 55 .
6. Wang W , Wu Jianzhong , Wang D , Chen G , et al .Epidemiological survey on epilepsy among rural population in five provinces in China , **Zhonghua – Yi – Xue – Za – Zhi** 2002 Apr ;10:82(7):449 –52 .
7. Balogou A A ,Doh A ,Grunitzky KE. Neurological disorders and endemic goiter : comparative analysis of 2 provinces in Togo. **Bull – Soc – Pathol – Exot** 2001 Dec :94(5):406-10.
8. Pradilla A G, Vesga A BE , Leon-Sarmiento FE. GENECO. National neuroepidemiological study in Colombia . **Rev Panam Salud Publica** 2003 Aug;14 (2): 104-11.
9. Coleman R, Lopyy L , Wa`lraven G .The treatment gap and primary health care for people with epilepsy in rural Gambia . **Bull World Health Organ** 2002 ;80(5) :378 –83 .
10. Saeed K,Gater R, Hussain A, Mubbashar M. The prevalence ,classification and treatment of mental disorders among attenders of native faith healers in rural Pakistan . **Soc Psychiatr Epidemiol** 2000 Oct ;35(10):480-5 .
11. Koul R ,Razdan S ,Motta A .Prevalence and pattern of epilepsy (Lath/ Mirgi / Laran) in rural Kashmir , India. **Epilepsia** . 1988 Mar – Apr ;29(2) :116 – 22 .
12. Bharucha NE, Bharucha EP, Dastur HD ,Schoenberg BS . Pilot survey of the prevalence of neurologic disorders in the Parsi community of Bombay. **Am J Prev Med** .1987 Sep-Oct ;3(5):293-9 .

13. Gourie –Devi M, Gururaj G, Satishchandra P, Subbakrishna DK. Prevalence of neurological disorders in Bangalore, India: a community – based study with a comparison between urban and rural areas. **Neuroepidemiology**. 2004 Nov – Dec;23(6):261 – 8, Epub 2004 Aug 5.
14. Attia – Romdhane N, Mrabet A, Ben Hamida M. Prevalence of epilepsy in Kelibia, Tunisia. **Epilepsia** 1993 Nov-Dec ;34(6):1028-32.
15. Oka Eiji, Childhood epilepsy in Okayama Prefecture, Japan –a neuroepidemiological study. **No- To – Hattatsu** 2002 Mar :34(2):95-102.
16. Van Cott, Anne C. Epilepsy and EEG in the elderly, **Epilepsia** . 2002 :43 Suppl 3: 94-102.
17. Luengo A, Parra J, Colas J, Ramos F, Et all. Prevalence of epilepsy in northeast Madrid. **J Neurol** 2001 Sep : 248(9):762 – 7.
- ۱۸ - دارابی ف. بررسی نتایج طرح ادغام برنامه بهداشت روان در نظام مراقبتهای بهداشتی، درمانی اولیه استان چهارمحال و بختیاری از سال ۱۳۷۶-۱۳۸۲، پایان نامه، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، مهرماه ۸۳، کد ۶۱۵، صفحه ۲۷-۲۴
19. Camfield Carol S, Camfield Peter R, Veugelers Paul J. Death in children with epilepsy: a population – based study, **Lancet**. 2002 Jun 1 :359 (9321):1891- 5.
20. Beghi E, Cornaggia C. Morbidity and accidents in patients with epilepsy: results of a European cohort study, **Epilepsia** 2002 Sep : 43 (9) 1076 – 83.
21. Dunn David W, Harezlak Jaroslaw, Ambrosius Walter T, Austin Joan K. Teacher assessment of behaviour in children with new –onset seizures. **Seizure** 2002 Apr : 11 (3) : 169 – 75.
22. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Prevalence of epilepsy and health – related quality of life and disability among adults with epilepsy- South Carolina, 2003 and 2004. **MMWR Morb Mortal Wkly Rep** 2005 Oct 28 ;54(42):1080 – 2.
23. Leonardi Matilde, Ustun T Bedirhan, The global burden of epilepsy. **Epilepsia** 2002, 43 Suppl 6 :21 – 5
- ۲۴ - میرزائی، محمود - پالاهنگ، حسن - دریس، فاطمه. مقایسه درمان تشنج ناشی از تروما به مجموعه مجروحین جنگ ایران و عراق بایزرگسالان مبتلا به صرع ایدیو پاتیک در استان چهارمحال و بختیاری. مجله دانشگاه علوم پزشکی. شهرکرد، دوره چهارم، شماره ۳ پائیز ۱۳۸۱
25. De Jong JT. A comprehensive public mental health programme in Guinea-Bissau: a useful model for African, Asian and Latin – American countries. **Psychol Med**. 1996 Jan ;26 (1):97-108
26. Qjuawo A, Joiner KT. Childhood epilepsy in Ilorin, Nigeria. **East Afr Med J**. 1997 Feb ;74 (2):72-5.
27. Murphy CC, Trevathan E, Yeargin – Allsopp M. Prevalence of epilepsy and epileptic seizures in 10 – year – old children: results from the Metropolitan Atlanta Developmental Disabilities Study. **Epilepsia** 1995 Sep ;36(9):866 – 72.

28. Pedley TA; Bazil CW; Morell MJ. Epilepsy In : Roland LP. **Merrit's neurology** From wolters wlawer company. Philadephia: USA, 10 th ed. 813-33 . 2000
- 29-Daniel and Lowenstein. Disease of the central nervous system .Seizures &Epilepsy. **Harrisson's Principles of internal medicine** 16 Edition , Vol (2),McGraw Hill companies, USA ,2005 ,2357-2367 .
- 30.Sheth Raj D. Adolescent issues in epilepsy . **J - Child – Neurol** 2002 Feb :17 Suppl 2 :2523 – 2527 .
31. Ng K K , Ng P W , Tsang K L. Clinical characteristics of adult epilepsy patients in the 1997 Hong Kong epilepsy registry , **Chin – Med – J (Engl)** 2001 Jan : 114 (1):84 – 7 .
32. Mrabet H , Mrabet A , Zouari B , Ghachem R . Health – related quality of life of people with epilepsy compared with a general reference population :a Tunisian study . **Epilepsia** 2004 Jul ; 45 (7):838 – 43 .
33. Chisholom D; WHO – CHOICE. Cost effectiveness of first – line antiepileptic drug treatments in the developing world: a population – level analysis . **Epilepsia** 2005 May ;46(5)751-9 .
34. Obeid T , Awada A , Amene P, Oni G. The controversy of birth order as a risk factor for epilepsy : a study from Saudi Arabia , **Acta – Neurol – Scand** 2002 Mar :105 (3):174 –8 .
35. Deeley J;Gordon K; Camfield P. Discontinuation of anticonvulsant therapy in children free of seizure for 1 year: prospective study. **Neurology** 46:969-74, 1994

The effectiveness of mental health project in Epileptic patients screening in Chaharmahal & Bakhtyari (C & B) province from 2001 to 2005

Abstract

Introduction: Epilepsy is one of the common neurological disorders, that would be continue many years in life span and would be causes premature death and increase biopsychosocial complications and induces economical costs. The aim of this study is determination of efficiency of mental health project on epileptic patients screening in C&B province from 2001 to 2005 .

Materials and Methods: Following integration of mental health project in primary health cares , every suspected patients with epileptic or mental disorders have been determined , then for accurate diagnosis , they have been referred to well trained general physician and in order to specialists. At the beginning of 2005 , all epileptic patients in this province were studied in view of demographic determinants , location, familial relationship , antiepileptic drugs . Data were collected in preventive and control diseases assembly of provincial health center and after coding them were introduced in SPSS.11.0 software program and were analyzed by statistical tests (descriptive and analytical tests such as Chi square).

Results : Total number of epileptic patients were 1907 cases ,thus the prevalence rate of epilepsy is 2.2/1000 general population . Epileptic patients ,56.3% were male and 43.7% were female . 68.6% of patients have located in rural areas and 31.4% in urban areas.12.8% of patients had past history of seizure at least 10 years ago.68.5% of patients were familial offspring. Chi square statistical test has shown the statistical relationship between the : sex , location , familial relationship with the occurrence of epilepsy .

Conclusion : Epileptic screened patients in C&B province are lower than prevalence rate of epilepsy in developing countries .With attention to urban areas that contain half of provincial population , case finding in urban areas is low , thus it must be revised ,epileptic surveillance program in this areas .

Keywords: Epilepsy, Epidemiology, Mental Health, Chaharmahal & Bakhtyari province .