

## ارزشیابی برنامه ادغام بهداشت روان در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه روستایی شهرستان سنندج

فریبا طیری\*، دکتر علی اصغر اصغر نژاد فرید\*\*، دکتر جعفر بوالهیری\*\*\*، دکتر احمد قاضی زاده\*\*\*\*

### چکیده

**هدف:** این پژوهش با هدف ارزشیابی برنامه ادغام بهداشت روان در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه روستایی شهرستان سنندج انجام شده است.

**روش:** در این پژوهش توصیفی-مقطعی اطلاعات مربوط به ۳۳۰ نفر از جمعیت روستا، ۶۰ نفر از بهورزان، ۳۳ خانه بهداشت، ۱۱ مرکز روستایی و ۶۳ بیمار روانی با خانواده‌هایشان که به روش نمونه‌گیری تصادفی در سال ۱۳۸۲ انتخاب شده بودند، بررسی شد. ابزار گردآوری داده‌ها پرسش‌نامه‌های بیماریابی افراد جامعه روستایی، بررسی آگاهی و نگرش افراد جامعه، آگاهی و نگرش بهورزان، بررسی برنامه بهداشت روان در مراکز بهداشتی-درمانی روستایی، بررسی وضعیت بیماران شدید روانی و بررسی وضعیت بیماران صرعی بود. تحلیل داده‌ها به کمک روش‌های آمار توصیفی و آزمون آماری خی‌دو انجام شده است.

**یافته‌ها:** این پژوهش نشان داد که آگاهی و نگرش بهورزان نسبت به بیماری‌های روانی خوب اما بیماریابی آنها ضعیف است. پزشکان شاغل در مراکز روستایی، به‌عنوان مهره کلیدی این مراکز در برنامه‌های بهداشت روان نظارت‌ضعیفی دارند. بیش از ۴۶٪ داروهای اساسی بهداشت روان در مراکز روستایی وجود ندارد و در طی این یک‌سال هیچ‌گونه نظارتی بر فعالیت پزشکان مراکز روستایی از سوی مشاور علمی برنامه بهداشت روان (روانپزشک) انجام نشده است.

**نتیجه‌گیری:** شرکت پزشکان عمومی در برنامه ادغام بهداشت روان در مراقبت‌های بهداشتی اولیه چشم‌گیر نیست.

**کلیدواژه:** ارزشیابی، ادغام، بهداشت روان، مراقبت‌های بهداشتی اولیه، سنندج

### مقدمه

میلیون نفر مبتلا به اختلال‌های روانی هستند که از این عده ۵۰

بر پایه برآورد سازمان جهانی بهداشت نزدیک به ۵۰۰ میلیون نفر به اختلال‌های شدید و ۲۵۰ میلیون نفر به

\* کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی کردستان. سنندج، خیابان پاسداران، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی کردستان، مرکز مشاوره دانشجویی. فاکس: ۰۸۷۱-۶۶۲۵۷۴۳ (نویسنده مسئول).  
E-mail: faribatairi@yahoo.com

\*\* دکترای روانشناسی عمومی، استادیار دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی ایران. مرکز تحقیقات بهداشت روان.

\*\*\* روانپزشک، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی ایران. انستیتو روانپزشکی تهران و مرکز تحقیقات بهداشت روان.

\*\*\*\* دکترای تخصصی مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، استادیار دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی کردستان.

به متخصص سطح بالاتر ارجاع شده‌اند (بینا، بواله‌ری و باقری‌یزدی، ۱۳۷۴).

بواله‌ری و همکاران (۱۳۷۶) در ارزشیابی آگاهی و نگرش به‌روزان نسبت به بیماری‌های روانی، عملکرد آنان را در ارائه خدمات بهداشتی موفق ارزیابی نمودند. یک بررسی نشان داد که تا پایان سال ۱۳۸۲ جمعاً ۲۴۰۵۴۲ بیمار روانی از خدمات بهداشت روانی برخوردار گردیده‌اند. میزان شیوع بیماری‌های روانی در سراسر کشور، نزدیک به ۱۳/۴ در هزار می‌باشد (اداره کل پیشگیری و مبارزه با بیماریها، ۱۳۸۳) که از این میزان ۱/۵ در هزار مربوط به بیماران شدید و ۸/۱۴ در هزار مربوط به بیماران خفیف روانی، ۲/۷ در هزار مربوط به بیماران صرعی، ۲/۸ در هزار مربوط به عقب‌ماندگی ذهنی و ۱/۶ در هزار مربوط به سایر اختلال‌های عصبی-روانی بوده است. در مجموع ۲۷۸۶۰۰۵۲ نفر جمعیت شهری و روستایی کشور از خدمات بهداشت روان برخوردار بوده‌اند (همان‌جا).

ارایه خدمات بهداشتی-درمانی در کشورهایی هم‌چون چین، کوبا، بنگلادش، نپال و هند نشان داد که با استفاده از مشارکت مردمی می‌توان این خدمات را به‌طور مؤثر و سودمند ارائه نمود که افزایش آگاهی و تغییر نگرش افراد جامعه را در پی دارد (اولی، ۱۹۸۹ و سپادیو، ۱۹۹۴، به نقل از باقری‌یزدی و همکاران، ۱۳۸۰). با توجه به زیان‌های مالی و معنوی ناشی از این بیماری‌ها و هم‌چنین کمبود تسهیلات، امکانات و نیروی تخصصی لازم برای ارائه خدمت به آنها، به‌نظر می‌رسد که انجام اقدامات پیش‌گیرانه در این زمینه ضروری است.

یکی از جنبه‌های مهم برنامه‌ریزی جامع خدمات بهداشت روانی، ارزشیابی ارایه خدمات می‌باشد. در این راستا باید شاخص‌هایی بکار رود تا میزان قدرت و ضعف خدمات بهداشت روانی و میزان موفقیت برنامه در رسیدن به اهداف از پیش تعیین‌شده با تأکید بر ارزشیابی کیفی خدمات ارائه شده ارزیابی شود (پریانی، ۱۳۷۷).

هدف اصلی پژوهش حاضر، ارزشیابی برنامه ادغام بهداشت روان در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه روستایی در شهرستان سنجند و شناسایی نقاط ضعف آن در راستای پیشبرد برنامه‌های بهداشت روان و ارتقای سطح سلامت روان افراد جامعه بود. اهداف اختصاصی پژوهش شامل بررسی آگاهی و نگرش افراد جامعه روستایی و به‌روزان نسبت به بیماری‌های

اختلال‌های خفیف روانی مبتلا هستند. هم‌چنین ۱۲۰ میلیون نفر از عقب‌ماندگی ذهنی، ۵۰ میلیون نفر از صرع و ۳۰ میلیون نفر از دمانس رنج می‌برند (سازمان جهانی بهداشت، ۱۳۷۳).

از آن‌جا که بهداشت روان بخشی از بهداشت عمومی

است، ادغام برنامه بهداشت روان در شبکه‌های بهداشتی کشور در سال ۱۳۶۷ انجام شد. نخستین مرحله آزمایشی آن در شهرضا (حسن‌زاده، ۱۳۷۱)، شهرکرد (شاه‌محمدی، گزارش منتشرنشده) و هشتگرد (بواله‌ری و محیط، ۱۳۷۴) با موفقیت انجام شد و پس از آن بررسی‌های دیگری (قاضی‌زاده، ۱۳۷۴؛ فرج‌پور، ۱۳۷۷؛ عبهری، ۱۳۷۷؛ محمدی، ۱۳۷۷؛ بواله‌ری، بینا، احسان‌منش و کریمی، ۱۳۷۶؛ باقری‌یزدی، ملک‌افضلی، شاه‌محمدی، نقوی و حکمت، ۱۳۷۸؛ دواساز ایرانی و اخلاصی، ۱۳۷۹؛ رئیسی، ۱۳۸۲؛ دواساز ایرانی، ۱۳۸۳) اثربخشی ادغام برنامه بهداشت روان در مراقبت‌های بهداشتی اولیه<sup>۱</sup> را مورد تأیید قرار دادند.

در ارزشیابی برنامه کشوری بهداشت روان که توسط

انستیتو روانپزشکی تهران و سازمان جهانی بهداشت (محیط، شاه‌محمدی و بواله‌ری، ۱۳۷۴) انجام شد. ۲۶۶ خانه بهداشت، ۹۱ مرکز بهداشتی-درمانی روستایی و ۷۳۷ خانوار از مناطقی که طرح بهداشت روان در آنها اجرا نشده بود مورد بررسی قرار گرفتند. یافته‌های این ارزشیابی نشان داد که ادغام برنامه بهداشت روان کشور در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه، موجب شناسایی بیش از شش هزار بیمار روانی در مناطق مورد بررسی شده که تحت درمان، مراقبت و پی‌گیری قرار گرفته‌اند. میزان بیماری‌های به‌روزان در جمعیت ۴۸۳۴۶۵ نفری، ۱۲/۵۹ در هزار نفر بوده که از این میزان ۱/۱۵ در هزار مربوط به بیماری‌های شدید روانی، ۲/۲۵ در هزار مربوط به صرع، ۲/۶ در هزار مربوط به عقب‌ماندگی ذهنی و ۵/۳۵ در هزار مربوط به بیماری‌های خفیف روانی بوده است (همان‌جا).

ارزشیابی عملکرد پزشکان عمومی سراسر کشور در ارائه خدمات بهداشت روان در مناطق روستایی نشان داد که با ادغام بهداشت روان در مراکز روستایی، ۸۲۸۳ بیمار یعنی ۱٪ جمعیت روستایی زیر پوشش این مراکز، از درمان و سایر خدمات بهداشت روان برخوردار شده‌اند. پزشکان آموزش‌دیده این مراکز توانایی تشخیص و درمان بیماران روانی مراجعه‌کننده به این مراکز را داشته‌اند و تنها ۳/۲٪ آنها

روانی، بررسی وضعیت بیماران روانی، پزشکان عمومی و کاردان‌های بهداشتی زیر پوشش این برنامه، بررسی وضعیت داروهای بهداشت روان در مراکز روستایی، تعیین میزان بیماران شناسایی شده، موارد ارجاع و پیگیری بیماران روانی و بررسی علل عدم مراجعه بیماران روانی به خانه بهداشت و مراکز روستایی بود.

## روش

این پژوهش از نوع توصیفی-مقطعی بوده و با هدف برآورد میزان آگاهی و نگرش افراد جامعه روستایی شهر سنندج در سال ۱۳۸۲ انجام شده است. برای انتخاب افراد نمونه در خانوارهای زیر پوشش هر خانه بهداشت (پنج پرونده به تصادف انتخاب شده و به ترتیب پرسش‌نامه آگاهی و نگرش افراد جامعه و پرسش‌نامه بیماریابی برای ۳۳۰ نمونه مورد بررسی تکمیل گردید)، بررسی میزان آگاهی و نگرش بهورزان (از بهورزان شاغل در خانه‌های بهداشت زیر پوشش ۱۱ مرکز بهداشتی-درمانی روستایی، ۶۶ بهورز؛ از هر مرکز سه خانه بهداشت و از هر خانه بهداشت دو بهورز به تصادف انتخاب شدند و پرسش‌نامه آگاهی و نگرش بهورزان را تکمیل نمودند) و بررسی چگونگی فعالیت در خانه بهداشت و مرکز بهداشتی-درمانی روستایی (از بین خانه‌های بهداشت زیر پوشش ۱۱ مرکز بهداشتی-درمانی روستایی، ۳۳ خانه بهداشت انتخاب و پرسش‌نامه بررسی برنامه بهداشت روان در خانه بهداشت توسط پرسشگران آموزش دیده تکمیل شد) انجام شده است. ۱۱ مرکز بهداشتی-درمانی روستایی نیز به کمک پرسش‌نامه بررسی برنامه بهداشت روان در مرکز بهداشتی-درمانی روستایی بررسی گردید که در این بررسی فعالیت ۱۱ پزشک عمومی، ۱۱ کاردان بهداشتی و وضعیت داروهای بهداشت روان ارزیابی شد.

داده‌ها به کمک هفت پرسش‌نامه مربوط به ارزشیابی کشوری بهداشت روان (اداره کل پیشگیری و مبارزه با بیماریها، ۱۳۷۶) گردآوری گردیدند. این پرسش‌نامه‌ها که بر پایه متون آموزشی کارکنان سطوح مختلف ارائه خدمات، تهیه شده و در سه کارگاه آموزشی مورد بررسی و تجدیدنظر قرار گرفته، بصورت آزمایشی بر روی ۱۰٪ از خانه‌های بهداشت شش استان کشور انجام شده است. نتایج آزمایشی این طرح نشان دهنده پایایی و روایی پرسش‌های این پرسش‌نامه‌ها بوده است (همان‌جا). این ابزارها عبارت بودند از:

۱- پرسش‌نامه بیماریابی افراد جامعه روستایی : دارای ۱۰ پرسش بصورت بلی-خیر در زمینه شناسایی افرادی که علائم اختلال‌های خفیف و شدید روانی، صرع، اختلال‌های روانی سالمند ان و اختلال‌های رفتاری کودکان و نوجوانان را دارند، می‌باشد.

۲- پرسش‌نامه بررسی آگاهی و نگرش افراد جامعه : این پرسش‌نامه دارای ۱۰ پرسش بصورت بلی-خیر-نمی‌دانم در زمینه شناخت علائم و نشانه‌های اختلال‌های روانی، صرع، عقب‌ماندگی ذهنی و روش‌های پیش‌گیری از ایجاد این بیماری‌ها است.

۳- پرسش‌نامه بررسی آگاهی و نگرش بهورزان : دارای ۱۴ پرسش درباره میزان آگاهی و نگرش بهورزان نسبت به اختلال‌های روانی، صرع، علل بروز بیماری‌ها و روش‌های درمانی آنها می‌باشد.

۴- پرسش‌نامه بررسی برنامه بهداشت روان در خانه بهداشت : دارای ۹ پرسش در سه بخش مربوط به اطلاعات زمینه‌ای، خدمات و برنامه‌های بهداشت روانی منطقه زیر پوشش است.

۵- پرسش‌نامه بررسی برنامه بهداشت روان در مرکز بهداشتی-درمانی روستایی: دارای ۳۰ پرسش در چهار بخش مربوط به اطلاعات زمینه‌ای، عملکرد پزشک مرکز، وجود داروهای بهداشت روان در مرکز روستایی و فعالیت کاردان بهداشتی در مرکز می‌باشد.

۶- پرسش‌نامه بررسی وضعیت بیماران شدید روانی: دارای ۱۹ پرسش مربوط به ویژگی‌های جمعیت‌شناختی بیمار و سیر بیماری است.

۷- پرسش‌نامه بررسی وضعیت بیماران صرعی: دارای ۲۱ پرسش مربوط به ویژگی‌های جمعیت‌شناختی بیمار و سیر بیماری‌ها می‌باشد.

پرسش‌نامه با مراجعه به در منزل بیماران و خانواده‌های آنها و یا حضور در خانه بهداشت و مرکز بهداشتی-درمانی روستایی و مصاحبه با آنان توسط پرسشگران تکمیل شد. پرسشگری توسط کارشناسان بهداشت عمومی، کاردان‌های بهداشت خانواده و محیط که آشنا به برنامه بهداشت روان بودند انجام شد.

منبع گرفتن اطلاعات در تکمیل پرسش‌نامه‌ها عبارت بود از یک فرد کلیدی یا کسی که در طول روز همراه بیمار است، مانند همسر، پدر و مادر، فردی که بیمار را بخوبی بشناسد مانند

داروهای ایمی پرامین ۱۰ و ۲۵ میلی گئمی، کلردیازپوکساید و آمی تریپتیلین در تمام مراکز روستایی موجود بود. آمپول بی پریدن در هیچ مرکزی موجود نبود. داروهای ضد صرع در ۶۰٪ از مراکز روستایی و داروهای ضدسایکوز در ۳۰٪ از مراکز روستایی وجود داشت. بین آگاهی و نگرش خانواده بیماران روانی مورد بررسی و مصرف مرتب دارو ارتباط معنی داری دیده نشد.

جدول ۱- توزیع فراوانی بیماران شناسایی شده در مناطق مورد بررسی بر حسب جنس، سن، وضعیت تأهل، تحصیل و اشتغال

متغیر	بیماری روانی شدید		
	کل	صرع	بیماری روانی
	فراوانی (%)	فراوانی (%)	فراوانی (%)
<b>جنسیت</b>			
مرد	۳۹ (۶۱/۷)	۲۵ (۵۹/۵)	۱۴ (۶۶/۷)
زن	۲۴ (۳۸/۳)	۱۷ (۴۰/۵)	۷ (۳۳/۳)
<b>سن</b>			
۱-۱۰	۵ (۷/۹)	۵ (۱۱/۹)	-
۱۱-۲۰	۱۴ (۲۲/۲)	۱۳ (۳۰/۹)	۱ (۴/۷)
۲۱-۳۰	۱۴ (۲۲/۲)	۸ (۱۹)	۶ (۲۸/۵)
۳۱-۴۰	۲۱ (۳۳/۳)	۱۴ (۳۳/۳)	۷ (۳۳/۳)
۴۱-۵۰	۶ (۹/۵)	۲ (۴/۷)	۴ (۱۹)
۵۱-۶۰	۳ (۴/۷۶)	-	۳ (۱۴/۲)
<b>وضعیت تأهل</b>			
مجرد	۳۵ (۵۵/۵)	۲۵ (۵۹/۵)	۱۰ (۴۷/۶)
متأهل	۲۵ (۳۹/۶)	۱۶ (۳۸/۱)	۹ (۴۲/۹)
جدا از همسر	۳ (۴/۷۶)	۱ (۲/۴)	۲ (۹/۵)
<b>وضعیت تحصیل</b>			
بی سواد	۳۲ (۵۰/۷)	۲۲ (۵۲/۳)	۱۰ (۴۷/۸)
ابتدایی	۲۹ (۴۶)	۲۰ (۴۷/۶)	۹ (۴۲/۹)
متوسطه	۲ (۳/۱)	-	۲ (۹/۵)
<b>وضعیت اشتغال</b>			
کشاورز	۷ (۱۱/۱)	۴ (۹/۵)	۳ (۱۴/۳)
خانه دار	۲۱ (۳۳/۳)	۱۵ (۳۵/۷)	۶ (۲۸/۶)
بی کار	۲۳ (۳۶/۵)	۱۲ (۲۸/۶)	۱۱ (۵۲/۴)
کارگر	۳ (۴/۷۶)	۲ (۴/۸)	۱ (۴/۸)
محصل	۹ (۱۴/۲)	۹ (۲۱/۴)	-

بهورز، اطلاعات ثبت شده در پرونده بیمار، هم چنین خود بیمار. در مجموع ۴۹۷ پرسش نامه در جمعیت ۹۶۵۰۲ نفری روستایی مناطق مورد بررسی تکمیل و با بهره گیری از روش های آمار توصیفی و آزمون آماری خی دو تحلیل گردید.

## یافته ها

ویژگی های جمعیت شناختی بیماران مورد بررسی در **جدول ۱** آمده است. همان گونه که در جدول دیده می شود ، ۶۱/۷٪ افراد مورد بررسی مرد و ۳۸/۳٪ زن می باشند . بیشترین فراوانی (۳۳/۳٪) در گروه سنی ۳۱-۴۰ سال بود. ۵۵/۵٪ بیماران مورد بررسی بی کفو و ۵۰/۷٪ آنها بی سواد بودند.

**جدول ۲**، میزان بیماریابی در مناطق روستایی سندج را در مقایسه با سایر بررسی های انجام شده در ایران نشان می دهد. در زمینه بررسی آگاهی و نگرش افراد جامعه روستایی، نتایج نشان داد که تفاوت زیادی بین این دو دیده نشده ، ۷۳/۶٪ از افراد روستایی بیشتر از ۵۰٪ نمرات مربوط به آگاهی را به دست آورده اند و ۶۵/۹٪ آنها نگرش مثبت به بیماری های روانی داشته اند (**جدول ۳**). بین میزان آگاهی افراد جامعه روستایی مورد بررسی در زمینه بیماری های روانی و فاصله محل سکونت آنان تا شهر سندج رابطه معنی داری دیده شد ( $\chi^2=6/31, df=2, p<0/05$ )، اما میان نگرش افراد جامعه روستایی مورد بررسی و فاصله محل سکونت آنان تا شهر سندج رابطه معنی داری وجود نداشت.

یافته ها نشان دادند که ۸۹/۴٪ بهورزان توانستند بیشتر از ۵۰٪ نمره های مربوط به آگاهی را به دست آورند و ۹۲٪ از آنان دارای نگرش مثبت نسبت به بیماری های روانی بودند. بین میزان آگاهی و نگرش بهورزان در زمینه بیماری های روانی رابطه معنی داری دیده شد ( $df=9, p<0/01, \chi^2=0/405$ ).

یافته ها نشان دادند که تنها ۵/۸٪ از پزشکان عمومی شاغل در مراکز روستایی ، دوره دو ماهه بهداشت روان را گذرانده اند. تنها ۱۷/۳٪ از کاردان های بهداشتی شاغل در مراکز روستایی دوره آموزشی بهداشت روان را دیده بودند و ۲۶٪ از آنها بر فعالیت بهورزان نظارت داشته اند. بین نظارت پزشک مرکز روستایی بر فعالیت های بهورزان در زمینه بهداشت روان و نظارت کاردان مرکز در همین زمینه ارتباط معنی داری دیده نشد. پزشکان مراکز روستایی مورد بررسی عملکردی پایین تر از ۵۰٪ داشته اند.

جدول ۲- توزیع فراوانی بیماران شناسایی شده مورد بررسی و یافته‌های سایر بررسی‌های انجام شده در ایران

محل اجرا						
سنندج ۸۲	گزارش‌های دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور <sup>(۱)</sup> ۸۳	اندیمشک <sup>(۲)</sup> ۸۳	ساوجبلاغ <sup>(۳)</sup> ۷۶	ارزشیابی کشوری <sup>(۴)</sup> ۷۴	شهرکرد <sup>(۵)</sup> ۷۱	شهرضا <sup>(۶)</sup> ۷۱
فراوانی در هزار	فراوانی در هزار	فراوانی در هزار	فراوانی در هزار	فراوانی در هزار	فراوانی در هزار	فراوانی در هزار
روانی شدید	۰/۵	۱/۵	۱/۱	۱	۱/۱۵	۰/۹۳
روانی خفیف	۰/۵۳	۴/۸	۳/۷	۴/۴	۵/۳۵	-
صرع	۱/۳	۲/۷	۲/۷	۱/۷	۲/۲۵	۲/۹۴
عقب‌ماندگی ذهنی	۱/۸	۲/۸	۲/۵	۲/۴	۲/۶	۳/۷
سایر	۰/۱	۱/۶	-	۲	۱/۲۵	۱
کل	۴/۳	۱۳/۴	۱۰	۱۲	۱۲/۵۹	۸/۵۸

(۱) اداره کل پیشگیری و مبارزه با بیماریها، ۱۳۸۳؛ (۲) دواساز ایرانی، ۱۳۸۳؛ (۳) عبهری، ۱۳۷۶؛ (۴) بوالهروی و همکاران، ۱۳۷۶؛ (۵) شاه‌محمدی، ۱۳۷۱؛ (۶) حسن‌زاده، ۱۳۷۱

همان‌گونه که در **جدول ۴** دیده می‌شود بیشتر از ۵۰٪ بیماران برای دریافت خدمات بهداشت روان به مراکز بهداشتی-درمانی روستایی و خانه بهداشت مراجعه نکرده‌اند. دور بودن از محل زندگی و مراجعه به بخش خصوصی از مهم‌ترین علل عدم مراجعه به خانه بهداشت به گفته خود بیماران بود.

جدول ۴- توزیع فراوانی علل عدم مراجعه بیماران روانی به خانه‌های بهداشت و مراکز روستایی از نظر خودشان

متغیرها	خانواده بهداشت	مراکز روستایی
	فراوانی (%)	فراوانی (%)
دور بودن از محل سکونت	۶ (۲۰)	۱۵ (۳۷/۵)
نامناسب بودن زمان ارائه خدمت	۱ (۳/۳)	۰ (۰)
کیفیت پایین خدمات	۲ (۶/۶)	۴ (۱۰)
ارایه ندادن خدمات بهداشت روان	۵ (۱۶/۶)	۳ (۷/۵)
برخورد نامناسب کارکنان	۲ (۶/۶)	۰ (۰)
مراجعه به بخش خصوصی	۱۰ (۳۳/۳)	۸ (۲۰)
«نیازی به دریافت خدمات ندارم»	۱ (۳/۳)	۴ (۱۰)
سایر	۳ (۱۰)	۶ (۱۵)
کل	۳۰ (۱۰۰)	۴۰ (۱۰۰)

بین میزان آگاهی و نگرش خانواده بیماران روانی بر حسب فاصله محل زندگی آنها تا شهر سنندج رابطه معنی‌داری دیده شد ( $\chi^2=4/94, df=1, p<0/05$ ). بین مصرف مرتب دارو در بیماران شدید روانی و عود بیماری آنان و بین مصرف مرتب دارو در بیماران صرعی و شمار حملات آنان رابطه معنی‌داری دیده نشد.

جدول ۳- توزیع فراوانی نمره‌های آگاهی و نگرش خانواده بیماران شدید روانی و صرعی، افراد جامعه روستایی و بهورزان مورد بررسی نسبت به بیماری‌های روانی

متغیرها	خانواده بیمار شدید روانی	خانواده بیمار صرعی	افراد جامعه روستایی	بهورزان
	فراوانی (%)	فراوانی (%)	فراوانی (%)	فراوانی (%)
آگاهی بالا	۸ (۴۲/۸۵)	۲۵ (۵۹/۵)	۱۲۰ (۷۳/۶)	۵۴ (۸۹/۴)
نگرش مثبت	۷ (۳۳/۳)	۲۵ (۵۹/۵)	۱۱۸ (۶۵/۹)	۵۵ (۹۲)
کل	۲۱ (۱۰۰)	۴۲ (۱۰۰)	۱۶۵ (۱۰۰)	۶۰ (۱۰۰)

## بحث

هدف اصلی پژوهش حاضر، ارزشیابی برنامه ادغام بهداشت روان در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه روستایی شهرستان سنندج، از جمله آگاهی و نگرش افراد جامعه روستایی و بهورزان و عملکرد پزشکان عمومی و کاردان‌های شاغل در مراکز روستایی در زمینه ارائه خدمات بهداشت روان بوده است. یافته‌های به‌دست آمده نشان می‌دهد که فراوانی بیماران مرد در این بررسی با ۶۱/۷٪ بیشتر از بیماران زن با ۳۸/۳٪ است؛ در حالی که در بررسی دواساز ایرانی (۱۳۸۳) بیماران مرد ۳۷/۱٪ و بیماران زن ۶۲/۹٪ بوده‌اند. همچنین در این بررسی نسبت بیماران شناسایی شده توسط بهورزان پایین‌تر از ارقام به‌دست آمده در سایر بررسی‌ها (دواساز ایرانی، ۱۳۸۳؛ عبهری، ۱۳۷۷؛ محیط و همکاران، ۱۳۷۴؛ شاه‌محمدی، ۱۳۷۱؛ حسن‌زاده، ۱۳۷۱) است و با بررسی انجام شده در نپال (مورتی و برنز، ۱۹۹۲، به نقل از محمدی، ۱۳۷۷) در زمینه شناسایی بیماران روانی و صرع هم‌خوانی ندارد. نتایج به‌دست آمده در این بررسی عقب‌ماندگان ذهنی را بالاتر از بررسی انجام شده در نپال نشان داد. یافته‌های این پژوهش در زمینه شناسایی بیماران روانی شدید، صرع و عقب‌ماندگی ذهنی با بررسی انجام شده در هشتگرد (بوالهروی و محیط، ۱۳۷۴) هم‌خوانی دارد. یافته‌های این بررسی شناسایی بیماران شدید روانی در روستا را ۵/۰٪ در هزار، بیماران خفیف روانی ۵۳/۰٪ در هزار، صرع ۱۳/۱ در هزار، عقب‌ماندگی ذهنی ۸/۱٪ در هزار و اختلال‌های رفتاری کودکان را ۱/۰٪ در هزار نشان داده است که با گزارش‌های دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور در سال ۱۳۸۳ (اداره کل پیشگیری و مبارزه با بیماریها، ۱۳۸۳)، بررسی‌های بینا، بوالهروی و باقری زیدی (۱۳۷۴) و نتایج ارزشیابی کشوری (محیط، شاه‌محمدی و بوالهروی، ۱۳۷۴) هم‌خوانی ندارد؛ به طوری که گزارش‌های ارسالی از سوی دانشگاه‌ها، فراوانی بیماری‌های شدید روانی را ۵/۱٪ در هزار، خفیف روانی را ۸/۴٪ در هزار، صرع را ۷/۲٪ در هزار، عقب‌ماندگی ذهنی را ۸/۲٪ در هزار و اختلال‌های رفتاری را ۶/۱٪ در هزار نشان داده‌اند. به نظر می‌رسد ناهم‌خوانی یافته‌های این پژوهش با آمارهای موجود در کشور و سایر بررسی‌ها به علت عدم تشخیص پزشک عمومی و عدم شناسایی این بیماران توسط بهورزان باشد که نشان‌دهنده ضعف بودن بیماریابی توسط بهورز و پزشک مراکز است. بین میزان آگاهی افراد جامعه و محل سکونت آنان تا شهر سنندج رابطه معرّی داری وجود داشت، اما بین میزان نگرش

آنان و فاصله محل زندگی تا سنندج رابطه معنی‌داری دیده نشد. به نظر می‌رسد که نگرش این افراد کمتر از آگاهان - ی تحت تأثیر عوامل محلی قرار می‌گیرد و دیگر این که افزایش آگاهی لزوماً موجب افزایش و بهبود نگرش نمی‌گردد که با یافته‌های شاه‌محمدی (۱۳۷۱) و فرج‌پور (۱۳۷۷) هم‌خوانی دارد.

در این پژوهش، آگاهی بالای بهورزان و نگرش مثبت آنان در زمینه بیماری‌های روانی با بررسی‌های بوالهروی و محیط (۱۳۷۴)، بوالهروی و همکاران (۱۳۷۶) و یافته‌های پژوهش انجام شده در هند (مؤسسه ملی بهداشت روانی و علوم عصبی هند، ۱۹۹۰) هم‌خوانی دارد. در این بررسی بین آگاهی بهورزان در زمینه بیماری‌های روانی و نگرش آنان رابطه معنی‌داری وجود داشت.

بین آگاهی و نگرش خانواده بیماران روانی مورد بررسی و فاصله محل زندگی آنان تا سنندج رابطه معنی‌داری دیده شد. به نظر می‌رسد که مراجعه بیماران روانی به بخش خصوصی برای درمان‌های سرپایی و یا بستری توسط خانواده آنان، و همچنین ارتباط بیشتر این خانواده‌ها با جامعه شهری، در دسترس بودن امکانات و بهره‌گیری بیشتر از ابزارهای آموزشی و درمانی علت این امر باشد.

این بررسی نشان داد، با آن که بیماران روانپزشکی برای درمان به مراکز روستایی مراجعه می‌کنند، اما درمانگران سنتی هنوز بخشی از بیماران را به خود جلب می‌کنند، به طوری که ۶/۴۷٪ از بیماران روانی مورد بررسی، مراجعه به دکانویس را گزارش کرده‌اند.

در زمینه روند مصرف دارو، افزون بر آگاهی و نگرش خانواده‌ها می‌توان توان مالی در خرید داروها یا حضور پیوسته بیمار نزد خانواده را مؤثر دانست.

عدم وجود یا کمبود برخی از داروهای اساسی در مراکز روستایی را می‌توان به عملکرد و نظارت ضعیف پزشکان بر فعالیت‌های بهداشت روان و بهره‌نگرفتن از داروهای روانپزشکی در هنگام تجویز برای بیماران روانی دانست.

یافته‌های این بررسی در مورد عملکرد پزشکان با یافته‌های حسن‌زاده (۱۳۷۱) و بوالهروی و محیط (۱۳۷۴) مبنی بر موفقیت پزشکان در زمینه تشخیص و درمان بیماران روانی، هم‌خوانی ندارد. عملکرد ضعیف پزشکان مراکز روستایی بر فعالیت‌های بهداشت روان را می‌توان ناشی از نگذاردن دوره آموزشی بهداشت روان و عدم نظارت مشاور علمی برنامه بهداشت روان (روانپزشک) بر فعالیت‌های پزشکان دانست.

توزکبه، شماره ۲۵، ۱۲-۷.

پریانی، عباس (۱۳۷۷). *بررسی رضایتمندی دریافت کنندگان خدمات از عملکرد خانه بهداشت و مراکز بهداشتی-درمانی روستایی شهرستان قروه*.

پایان نامه کارشناسی ارشد آموزش بهداشت. دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی ایران.

حسن زاده، سیدمهدی (۱۳۷۱). بررسی ادغام خدمات بهداشت روانی در نظام خدمات اولیه شبکه شهرضا. *دارو و درمان*، سال دهم، شماره ۱۱۰، ۲۷-۲۳. دواساز ایرانی، رضا (۱۳۸۳). بررسی وضعیت ادغام بهداشت روان در مراکز بهداشتی-درمانی اندیمشک. *فصلنامه اندیشه و رفتار*، سال دهم، شماره ۱ و ۲، ۱۱۵-۱۱۰.

دواساز ایرانی، رضا؛ اخلاصی، عبدالکریم (۱۳۷۹). گزارش توصیفی ادغام خدمات بهداشت روان در نظام مراقبت اولیه بهداشتی شبکه های بهداشت و درمان استان خوزستان. اهواز معاونت بهداشتی استان خوزستان. رئیس، پوران؛ جهانبانی، عفت (۱۳۸۲). چگونگی عملکرد مدیریت برنامه بهداشت روان در شبکه های بهداشت و درمان استان خوزستان. *فصلنامه اندیشه و رفتار*، سال نهم، شماره ۲، ۴۸-۴۰.

سازمان جهانی بهداشت (۱۳۷۳). *ادغام بهداشت روان در مراقبت های بهداشتی اولیه*. ترجمه داود شاه محمدی، عباس باقری زدی، حسن پالاهنگ. تهران: انتشارات مجمع علمی و فرهنگی مجد.

شاه محمدی، داود (۱۳۷۱). *گزارش جامع از طرح تحقیقاتی ادغام بهداشت روان در P.H.C در روستاهای شهرکرد*. تهران: اداره کل مبارزه با بیماریها، وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی.

صدیقیانی، ابراهیم (۱۳۷۶). *ارزیابی مراقبت های بهداشتی-درمانی و استانداردهای بیمارستانی*. تهران: انتشارات معین.

عاطف وحید، محمد کاظم (۱۳۸۳). بهداشت روان در ایران: دستاوردها و چالش ها. *فصلنامه رفاه اجتماعی*، سال چهارم، شماره ۱۴، ۵۷-۴۱. عبهری، محمد (۱۳۷۷). گزارش توصیفی خدمات بهداشت روانی و ادغام بهداشت روان در مراقبت های بهداشتی اولیه در منطقه ساوجبلاغ، *فصلنامه اندیشه و رفتار*، سال چهارم، شماره ۳، ۴۰-۲۹.

فرج پور، محمد (۱۳۷۷). *بررسی میزان دانش، نگرش و عملکرد بهورزان شهرستان کرمان در زمینه بیماری های روانی بعد از گذشت ۶ سال از طرح ادغام بهداشت روانی در P.H.C*. پایان نامه دوره دکتری تخصصی اعصاب و روان. دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی کرمان.

قاضی زاده، احمد (۱۳۷۴). *تحلیل هزینه-منفعت بیماران تحت پوشش طرح ادغام بهداشت روانی در مراقبت های بهداشتی اولیه*. پایان نامه دکترای مدیریت بهداشت. تهران، دانشگاه آزاد اسلامی.

محمدی، مسعود (۱۳۷۷). *اثر بخشی ادغام بهداشت روان بر بیماران سایکوتیک و صرع در شهرستان مرودشت*. پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی. انستیتو روانپزشکی تهران.

محیط، احمد؛ شاه محمدی، داود؛ بوالهروی، جعفر (۱۳۷۴). ارزشیابی کشوری بهداشت روانی. *فصلنامه اندیشه و رفتار*، سال سوم، شماره ۳، ۱۶-۴.

National Institute of Mental Health and Neurosciences (1990). *Training of PHC personal in mental health care experiences*. Bangalore: NIMHANS.

به طور کلی، یافته های پژوهش حاضر نشان داد که ادغام بهداشت روان در نظام مراقبت های بهداشتی اولیه روستایی شهرستان سنندج با موفقیت هایی همراه بوده است. با آن که آگاهی و نگرش مثبت نسبت به بیماری های روانی در افراد جامعه روستایی، خانواده بیماران روانی و بهورزان در سطح مطلوبی است، اما بیماریابی، وضعیت ارایه دارو، ارجاع و پی گیری بیماران روانی در سطح ضعیفی است و نیازمند تغییر و اصلاحات اساسی در برنامه های اجرایی و نظارتی می باشد.

## سپاسگزاری

با سپاس فراوان از بهورزانی که در اجرای پژوهش همکاری نمودند و با تشکر فراوان از همکاری خانواده های بیماران.

دریافت مقاله: ۱۳۸۴/۲/۲۶؛ دریافت نسخه نهایی: ۱۳۸۴/۵/۱۶؛ پذیرش مقاله: ۱۳۸۴/۶/۹

## منابع

- اداره کل پیشگیری و مبارزه با بیماری ها (۱۳۷۶). *ارزشیابی کشوری در شش استان به طور آزمایشی*. گزارش منتشر نشده.
- اداره کل پیشگیری و مبارزه با بیماری ها (۱۳۸۳). *گزارشات ارسالی از عملکرد برنامه بهداشت روان. دانشگاه های علوم پزشکی سراسر کشور*. تهران: اداره کل پیشگیری و مبارزه با بیماری ها.
- باقری زدی، سید عباس؛ ملک افصلی، حسین؛ شاه محمدی، داود؛ نقوی، محسن؛ حکمت، سیمین (۱۳۷۸). *ادغام برنامه بهداشت روان در شبکه بهداشتی درمانی بروجن استان چهارمحال و بختیاری*. اداره کل پیشگیری و مبارزه با بیماریها.
- باقری زدی، سید عباس؛ ملک افصلی، حسین؛ شاه محمدی، داود؛ نقوی، محسن؛ حکمت، سیمین (۱۳۸۰). *ارزیابی عملکرد بهورزان و رابطین داوطلب بهداشتی در ارایه خدمات بهداشت روان در شبکه مراقبت های بهداشتی اولیه شهرستان بروجن- استان چهار محال بختیاری*. *مجله حکیم*، دوره چهارم، شماره دوم، ۱۰۹-۱۰۰.
- بوالهروی، جعفر (۱۳۷۷). *بهداشت روان برای کاردندان بهداشتی*. تهران: انتشارات بشری.
- بوالهروی، جعفر (۱۳۸۱). *بهداشت روان برای کارشناسان بهداشت روانی*. تهران: انتشارات بشری.
- بوالهروی، جعفر؛ بینا، مهدی؛ احسان منش، مجتبی؛ کریمی کیسمی، عیسی (۱۳۷۶). بررسی آگاهی، نگرش و عملکرد بهورزان. *فصلنامه اندیشه و رفتار*، سال سوم، شماره ۱ و ۲، ۱۲-۴.
- بوالهروی، جعفر؛ محیط، احمد (۱۳۷۴). *ادغام بهداشت روانی در مراقبت های بهداشتی اولیه در منطقه هشترنگ فصلنامه اندیشه و رفتار*، سال دوم، شماره ۱ و ۲، ۲۴-۱۶. بینا، مهدی؛ بوالهروی، جعفر؛ باقری زدی، سید عباس (۱۳۷۴). بررسی عملکرد پزشکان عمومی در مراکز بهداشتی-درمانی روستایی ایران. *مجله طب و*