



بررسی آگاهی، نگرش و عملکرد بهورزان (۱۳۷۴)

دکتر جعفر بوالهری^۱، دکتر مهدی بینا^{۲*}، مجتبی احسان منش^{۳**}، عیسی کریمی کیسی^{۴***}

چکیده

ارزشیابی آگاهی و نگرش بهورزان نسبت به بیماریهای روانی و میزان عملکرد آنان در ارائه خدمات بهداشت روان به عنوان بخشی از ارزشیابی سراسری برنامه ده ساله ادغام بهداشت روان در مراقبتهای بهداشتی اولیه، هدف اصلی این پژوهش است. در این بررسی آگاهی، نگرش و عملکرد ۲۶۶ نفر از ۴۲۵۴ نفر بهورز تحت پوشش طرح بهداشت روانی مشغول به کار در خانه‌های بهداشت، نسبت به بیماریهای روانی، صرع و عقب ماندگی ذهنی، مورد بررسی قرار گرفته است. آزمودنیها به کمک روش نمونه‌گیری چند مرحله‌ای تصادفی برگزیده شده و با کمک سه پرسشنامه آگاهی، نگرش و عملکرد مورد ارزیابی قرار گرفتند. نتایج نشان داد در زمینه آگاهی و نگرش، افراد مورد بررسی به بیش از نیمی از پرسشها پاسخ درست داده‌اند. نتایج بررسی عملکرد بهورزان نشان داد که در زمینه جذب آموزشهای ارائه شده شناسایی، ارجاع و پیگیری بیماران روانی "موفق" بوده‌اند. بیشترین مشکل بهورزان کشور در زمینه آموزش بهداشت روانی به مردم، پراکندگی جمعیت و مشکلات فرهنگی بوده است.

Andeeshah
Va
Raftar
اندیشه و رفتار
۴

کلیدواژه: ارزشیابی ادغام بهداشت روانی، بهورزان، ایران، آگاهی، نگرش، عملکرد، بیماریهای روانی، صرع.

اولیه در بسیاری از کشورها و نیز کشور ایران صورت گرفته است. به منظور برآوردن این نیاز امروزه روشهای چندی از جمله ارائه خدمات روانپزشکی جامعه‌نگر^(۳)، ارائه خدمات روانپزشکی در خانه و با کمک گرفتن از افراد خانواده، جامعه و آموزش کارکنان شبکه مراقبتهای

بسیاری از کشورهای روبه رشد از کمبود نیروی انسانی و امکانات مادی برای ارائه خدمات بهداشت روانی به نیازمندان به این خدمات رنج می‌برند. در چند سال اخیر تأکید فزاینده‌ای بر سیاست عدم تمرکز^(۱) ارائه خدمات بهداشت روانی و ادغام^(۲) آن در شبکه مراقبتهای بهداشتی

* روانپزشک، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران، انستیتو روانپزشکی تهران، خیابان طالقانی، نرسیده به شریعتی، کوچه جهان، پلاک ۱.
** روانپزشک و دانشیار دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، بیمارستان امام حسین، تهران خیابان نظام آباد جنوبی.
*** کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، پژوهشگر بخش پژوهش انستیتو روانپزشکی تهران، خیابان طالقانی، نرسیده به شریعتی، کوچه جهان، پلاک ۱.
**** کارشناس مسئول گروه پژوهش، انستیتو روانپزشکی تهران، خیابان طالقانی، نرسیده به خیابان شریعتی، کوچه جهان، پلاک ۱.

1- decentralization 2- integration
3- community oriented psychiatry

بهداشتی اولیه به ویژه کارکنان چند پیشه^(۱) در جهان مورد توجه قرار گرفته است (ایرود یا کونو^(۲)، ۱۹۸۴).

از آنجا که اقدامات انجام شده در زمینه گسترش مراقبتهای بهداشت روانی در کشور ما کافی به نظر نمی‌رسید ادغام ارائه خدمات بهداشت روانی در نظام مراقبتهای بهداشتی اولیه همچون برخی دیگر از کشورهای جهان مورد توجه قرار گرفت (اداره کل مبارزه با بیماریها، ۱۳۶۷).

اهمیت این اقدام با توجه به شمار اندک روانپزشکان، روانشناسان بالینی و دیگر کارکنان بهداشت روان در کشور ما و محروم بودن بسیاری از ساکنین مناطق دورافتاده و کم جمعیت از خدمات بهداشت روانی قابل درک است.

در شانزدهمین همایش کارشناسان کمیته بهداشت روانی سازمان جهانی بهداشت در سال ۱۹۷۴، در باره سازمان دادن نظام ارائه خدمات بهداشت روانی در کشورهای روبه رشد، پیشنهاد گردید که کارکنان بهداشت روانی این کشورها باید تنها بخشی از ساعات کار خود را صرف مراقبت بالینی از بیماران کنند و بیشتر وقت این افراد باید در راه برنامه‌ریزی جهت آموزش و نظارت بر شیوه کارکرد دیگر کارکنان بهداشتی صرف شود (سازمان جهانی بهداشت، ۱۹۹۰). در این راستا بررسیها و اقداماتی در چند کشور روبه رشد از جمله هند (مؤسسه ملی بهداشت روانی و علوم عصبی بنگلور^(۳)، ۱۹۹۰، سریرام^(۴)، مویلی^(۵)، اودی کومار^(۶)، چاندراشکار^(۷)، ایساک^(۸) و مورتی^(۹)، ۱۹۹۰)، یونان (ایرودیا کونو، ۱۹۸۴)، نپال (رایت^(۱۰)، ۱۹۹۰) و ایران (شاه‌محمدی، ۱۳۶۹؛ حسن زاده، ۱۳۷۱؛ بواله‌ری، محیط، ۱۳۷۴) صورت گرفته است. یکی از اهداف بررسیهای انجام شده در این کشورها، ارزیابی روشهای ارائه خدمات بهداشت روانی به کارکنان شبکه مراقبتهای بهداشتی اولیه از جمله به‌روران و ارزشیابی دستاوردهای آن بوده است. این ارزشیابیها نشان داده‌اند که آموزشهای ارائه شده در میزان آگاهی و نگرش به‌روران نسبت به بیماریهای روانی،

عملکرد آنان در زمینه شناسایی بیماران روانی، ارجاع بیماران به سطوح بالاتر بهداشتی - درمانی، پی‌گیری و آموزش بهداشت روانی به اهالی ساکن در مناطق محدود جمعیتی تحت پوشش مؤثر بوده است.

هدف از اجرای پژوهش حاضر نیز ارزشیابی میزان آگاهی و نگرش به‌روران مشغول به کار در خانه‌های بهداشت تحت پوشش طرح بهداشت روانی در سراسر کشور نسبت به بیماریهای روانی، بررسی عملکرد آنان در زمینه اجرای این برنامه، شناخت مشکلات به‌روران در زمینه اجرای طرح و بررسی نقاط قوت و تأثیرات مثبت طرح در جمعیت تحت پوشش از دیدگاه به‌روران بوده است.

طرح ادغام ارائه خدمات بهداشت روانی در نظام مراقبتهای بهداشتی اولیه در کشور ما از اواسط دهه ۱۳۶۰ مورد توجه قرار گرفته و چند پژوهش اولیه به منظور بررسی میزان کارآیی آن در مناطق مختلف کشور انجام گردیده است (شاه‌محمدی، ۱۳۶۹؛ حسن زاده، ۱۳۷۱؛ بواله‌ری، محیط، ۱۳۷۴). با روشن شدن امکان رشد و زمینه‌های مناسب برای اجرای طرح، مناطق وسیعتر و بیشتری برای اجرای آن در نظر گرفته شد. تا آنجا که در حال حاضر یک یا چند شهرستان از تمامی استانهای کشور تحت پوشش این طرح قرار گرفته و علاوه بر پزشکان عمومی و دیگر کارکنان بهداشتی، به‌روران مشغول به کار در خانه‌های بهداشت مناطق تحت پوشش طرح از آموزشهای لازم در این زمینه نیز برخوردار شده‌اند. گزارش منتشره از سوی وزارت بهداشت - درمان و آموزش پزشکی نشان می‌دهد که تا پایان سال ۱۳۷۳ در ۹۱ شهرستان برنامه ادغام بهداشت روانی در مراقبتهای

- 1- multipurpose workers
- 2- Ierodiakonou
- 3- National Institute of Mental Health and Neurosciences
- 4-Sriram
- 5- Moily
- 6- Uday Kumar
- 7- Chandrashekar
- 8- Issac
- 9- Murthy
- 10- Wright

بهداشتی اولیه صورت گرفته، ۵۲۳ مرکز بهداشتی درمانی و ۲۱۴۲ خانه بهداشت به ارائه خدمات بهداشت روانی همراه سایر فعالیتهای بهداشتی مشغول‌اند؛ ۴۲۵۴ نفر بهورز آموزشهای بهداشت روانی را فرا گرفته، ۳۵۷۷۸۹۰ نفر تحت پوشش برنامه قرار گرفته و تا تاریخ انتشار گزارش، ۵۶۰۴۵ نفر بیمار روانی و صرعی شناسایی و خدمات بهداشت روانی به آنها ارائه شده است (۱۵/۶۶) در هزار نفر جمعیت عمومی (شاه محمدی، ۱۹۹۵).

پژوهش حاضر بخشی از ارزشیابی صورت گرفته با همکاری حوزه معاونت بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سازمان جهانی بهداشت در شهر یور سال ۱۳۷۴ می‌باشد.

روش

آزمودنیهای پژوهش را ۲۶۶ بهورز مشغول به کار در ۲۶۶ خانه بهداشت واقع در ۲۴ استان کشور تشکیل می‌دهند. این افراد براساس نمونه‌گیری تصادفی چند مرحله‌ای از بین ۴۲۵۴ بهورز مشغول به کار در ۲۱۴۲ خانه بهداشت فعال تحت پوشش طرح بهداشت روانی کشور انتخاب شده بودند. این افراد بین سالهای ۱۳۶۹ تا ۱۳۷۲ فعالیت خود را در این زمینه آغاز نموده بودند (۶/۲۵٪ بهورزان تحت پوشش طرح بهداشت روان).

روش انتخاب آزمودنیها به این ترتیب بود که از هر استان یک یا دو شهرستان که طرح بهداشت روانی در آنها اجرا گردیده، انتخاب شدند. از هر شهرستان ۳ مرکز بهداشتی - درمانی و از هر مرکز سه خانه بهداشت به تصادف انتخاب گردیده، در هر خانه بهداشت یک نفر از بهورزان مشغول به کار که ارتباط مستقیمی با فعالیتهای بهداشت روان داشت به عنوان آزمودنی برگزیده شد. به منظور تکمیل پرسشنامه‌ها و گردآوری اطلاعات تعدادی کارشناس روانشناسی بالینی که بیشتر آنها را کارشناسان ارشد، دانشجویان دوره کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی و یا پژوهشگران انستیتو روانپزشکی تهران تشکیل

می‌دادند، پس از شرکت در جلسات آموزشی و توجیهی به هریک از استانهای کشور اعزام گردیدند. این پژوهشگران با کمک کارشناسان بهداشت روانی استان و یا با همراهی ایشان به شهرستانهای مورد نظر عزیمت نموده و پرسشنامه‌های مربوطه را برای تکمیل به بهورزان تحویل داده و در صورت نیاز توضیحات لازم در مورد چگونگی تکمیل پرسشنامه را ارائه نمودند.

ابزار پژوهش در بررسی حاضر عبارت از سه پرسشنامه به شرح زیر بود:

۱- پرسشنامه آگاهی بهورزان - شامل ۲۳ پرسش باز و بسته در مورد آگاهی بهورزان نسبت به بیماریهای روانی صرع و عقب ماندگی ذهنی، علل بروز بیماریها و روشهای درمانی آنها.

۲- پرسشنامه نگرش بهورزان - شامل ۴۶ پرسش بسته در زمینه نگرش بهورزان نسبت به بیماریهای روانی، صرع و عقب ماندگی ذهنی.

۳- پرسشنامه عملکرد بهورزان - شامل ۲۸ پرسش باز و بسته در مورد میزان فعالیت و شیوه عملکرد آنان در زمینه بهداشت روان، مانند شناسایی بیماران روانی و معرفی آنها به سطوح بالاتر بهداشتی - درمانی، پیگیری بیماران و آموزش بهداشت روان.

این پرسشنامه‌ها با استفاده از فرمهای ارزشیابی نگرش، آگاهی و عملکرد کارکنان شبکه مراقبتهای بهداشتی اولیه در چند کشور جهان که از سوی دفتر مدیترانه شرقی سازمان جهانی بهداشت پیشنهاد گردیده بود و نیز پژوهشهای مشابه در ایران تنظیم شد. برای آنکه این پرسشنامه‌ها سازگاری فرهنگی و اعتبار قابل قبول برای کشور ما داشته باشد، تغییراتی توسط کارشناسان اساتید در آنها ایجاد گردید. همچنین پیش از اجرای پژوهش اصلی در یک ارزیابی آزمایشی با شماری از بهورزان اطراف تهران میزان کارایی و نقاط ضعف آنها مورد سنجش قرار گرفت و نارساییها از میان برداشته شد. اجرای پژوهش از مرداد ماه ۱۳۷۴ آغاز گردید و در

هفته سوم مهر ماه ۱۳۷۴ به صورت همزمان در کلیه استانهای کشور اطلاعات گردآوری شد. به منظور تحلیل داده‌ها از روشهای مورد استفاده در آمار توصیفی مانند فراوانی، درصد، میانگین، انحراف معیار، و آزمونهای آماری تحلیل واریانس و آزمون توکی استفاده شده است. این یافته‌ها به کمک نرم‌افزارهای EPI 6 و SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج

یافته‌های مربوط به پاره‌ای از ویژگیهای آزمودنیها، و نتایج بررسی آگاهی، نگرش و عملکرد آنان در جدولهای زیر ارائه شده است. همان طور که در جدول ۱ ملاحظه می‌شود بیشترین تعداد بهورزان مورد بررسی در گروه سنی کمتر از ۳۰ سال قرار دارند.

جدول ۱ - توزیع فراوانی آزمودنیهای مورد بررسی بر حسب سن و میزان تحصیلات (N=۲۶۶)

متغیرها	فراوانی	درصد
سن		
۱۹-۳۰	۱۴۲	۵۳/۴
۳۱-۴۰	۱۰۸	۴۰/۶
۴۰ سال به بالا	۱۶	۶
تحصیلات		
ابتدایی	۹۶	۳۶/۱
راهنمایی	۱۳۱	۴۹/۲
تادیلم	۳۹	۱۴/۷

میانگین کل سابقه خدمت بهورزان مورد بررسی ۹/۶۲ سال و میانگین سابقه خدمت بهورزان در خانه‌های بهداشت مورد بررسی ۷/۲ سال و همچنین میانگین سابقه خدمت آنان در زمینه بهداشت روانی ۳/۴ سال می‌باشد. همچنانکه در جدول ۲ مشاهده می‌شود میانگین نمره کل آگاهی بهورزان در کشور ۳۰/۰۶ است که با توجه به بیشترین نمره ممکن (۵۸) می‌توان گفت بهورزان کشور از آگاهی کافی برخوردار بوده‌اند.

از مجموع ۴۸۳۴۶۵ نفر جمعیت تحت پوشش خدمات بهداشت روانی بهورزان ایرانی، ۵۵۹ بیمار شدید روانی، ۱۰۸۶ نفر بیمار صرعی و ۱۲۵۶ نفر عقب مانده ذهنی شناسایی شده‌اند

تحلیل تک تک ماده‌ها نشان می‌دهد که در چهار موضوع از شش موضوع مورد بررسی میانگین نمرات بهورزان بالاتر از ۵۰٪ بوده است که بعنوان آگاهی کافی تلقی می‌شود. نمره بهورزان در مورد شناخت بیماریهای روانی و ارجاع بیماران کمتر از ۵۰٪ کل نمره بود.

جدول ۲ - میانگین و انحراف معیار نمره آگاهی بهورزان مورد بررسی (N=۲۶۶)

متغیرها	بالاترین نمره	میانگین	انحراف معیار
شناخت علایم افسردگی	۵	۲/۷۸	۱/۲۱
شناخت علت بیماریهای خفیف و شدید روانی	۱۲	۳/۹	۱/۷۶
درمان دارویی بیماریهای روانی	۱۴	۹	۲/۶۸
شناخت و درمان صرع	۱۴	۷/۳۴	۲/۴۴
ارجاع بیماران روانی و صرعی	۵	۲/۱۴	۱/۱۸
عقب ماندگی ذهنی	۸	۴/۸	۱/۹۳
کل	۵۸	۳۰/۰۶	۷/۹۲

یافته‌های پژوهش در ارتباط با بررسی نگرش بهورزان خانه‌های بهداشت مورد بررسی نشان می‌دهد که میانگین نمره نگرش بهورزان در کل کشور (۳۵/۲۳) در مقایسه با بیشترین نمره ممکن (۴۶)، نگرشی مثبت تلقی می‌شود. نگرش مثبت نسبت به صرع و عقب‌ماندگی ذهنی به ترتیب، اولین و دومین رتبه را داشته‌اند (جدول ۳).

جدول ۳- میانگین و انحراف معیار نمرات نگرش بهورزان خانه‌های بهداشت تحت پوشش برنامه کشوری بهداشت روانی (N=۲۶۶).

نوع نگرش	بالاترین نمره ممکن	میانگین	انحراف استاندارد
بیماران روانی	۹	۷/۶۸	۱/۲۱
بیماری روانی	۱۹	۱۲/۲۷	۱/۹
صرع	۱۳	۱۱/۱۹	۱/۸
عقب‌ماندگی ذهنی	۵	۴/۱۰	۰/۸۳
جمع	۴۶	۳۵/۲۳	۳/۴۱

طرح ادغام ارائه خدمات بهداشت روانی در شبکه مراقبتهای بهداشتی اولیه کارآیی لازم را برای ارائه این خدمات در مناطق زیر پوشش شبکه مراقبتهای بهداشتی اولیه دارا می‌باشد.

را شناسایی کنند. ۷۲ درصد از بیماران صرعی و ۶۳ درصد از بیماران شدید روانی شناسایی شده، تحت درمان و پیگیری بوده‌اند و ۷۰ درصد از موارد مبتلا به عقب‌ماندگی ذهنی، تحت مراقبت و پیگیری حمایتی و آموزشی قرار داشته‌اند. ۲۵/۷ درصد از دیگر بیماران شناسایی شده، تحت درمان و پیگیری بوده‌اند.

این یافته‌ها نشان می‌دهند که میزان موارد شناسایی شده انواع بیماریها در جمعیت تحت پوشش بهورزان مورد بررسی ۱۲/۵۹ در هزار می‌باشد.

در ارتباط با انتظارات بهورزان از مسئولین بهداشت روانی کشور در راستای بهبود و ارتقاء چگونگی ارائه خدمات بهداشت روانی یافته‌های بررسی حاضر نشان می‌دهند که درخواست حمایت آموزشی و تسهیلاتی

نتایج بررسی حاضر در ارتباط با عملکرد بهورزان نشان می‌دهد که کل جمعیت تحت پوشش خانه‌های بهداشت مورد بررسی ۴۸۳۴۶۵ نفر بوده است. اطلاعات مربوط به بیماران شناسایی شده توسط بهورزان مورد بررسی و چگونگی وضعیت درمانی آنها در جدول ۴ ارائه گردیده است.

همانطور که یافته‌های جدول یاد شده نشان می‌دهد، ۲۶۶ بهورز مشغول به کار در خانه‌های بهداشت، توانسته‌اند ۶۰۹۰ بیمار مبتلا به بیماریهای روانی و صرع

Andeeshah
Va
Raftar
اندیشه و رفتار
۸

جدول ۴- توزیع فراوانی بیماران شناسایی شده تحت درمان و مراقبت بهورزان در خانه‌های بهداشت مورد بررسی (N=۲۶۶).

نوع اختلال	فراوانی موارد شناسایی شده	تعداد در هزار		موارد تحت درمان		موارد تحت مراقبت		پایان یا قطع درمان [#]
		با پیگیری	بدون پیگیری	با پیگیری	بدون پیگیری			
شدید روانی	۵۵۹	۱/۱۵	۳۵۴	۴۸	۶۳	۴۳	۷/۵	۶۴
صرع	۱۰۸۶	۲/۲۵	۷۸۴	۶۷	۷۲/۲	۸۶	۷/۹	۸۸
عقب‌ماندگی ذهنی	۱۲۵۶	۲/۶۰	۹۱	۴۵	۷/۳	۷۰	۱۱/۴	۹۶
خفیف روانی	۲۵۸۶	۵/۳۵	۸۴۷	۳۲/۶	۲۵۰	۱۶	۱/۹۷	۱۰۰۱
سایر موارد	۶۰۳	۱/۲۵	۱۵۵	۲۵/۷	۸۳	۷۱	۱۱/۸	۲۲۶
جمع	۶۰۹۰	۱۲/۵۹	۲۲۳۱	۴۹۳	۲۲۳۱	۱۵۲۴	۳۶۷	۱۴۷۵

* قطع درمان به دلیل مهاجرت، مسافرت، مرگ و...

بالاترین فراوانی‌ها را در بین انتظارات به‌روزان داشته است (جدول ۵).

یافته‌های مربوط به بررسی تأثیر برنامه بهداشت روان بر روی جامعه از دید به‌روزان، در جدول ۶ نشان داده شده است. این داده‌ها نشان می‌دهند که شناسایی، کنترل، مراقبت و حمایت از بیماران (۷/۵۰٪)، بالاترین فراوانی را در بین دیگر موارد یاد شده به خود اختصاص داده است. نتایج بررسی مشکلاتی که به‌روزان در زمینه آموزش بهداشت روان به مردم با آن روبرو شده‌اند در جدول ۷ ارائه گردیده است.

با استفاده از روش تحلیل واریانس یک متغیری ارتباط بین متغیرهای سن و نگرش به‌روزان محاسبه شد. ارتباط معنی‌داری بین این دو متغیر مشاهده نگردید، ولی ارتباط بین دو متغیر سطح تحصیلات و نگرش به‌روزان تفاوت معنی‌داری ($P < 0/01, F = 4/13$) را نشان داد. این تفاوتها بین سطح تحصیلات تا دیپلم، با راهنمایی و سطح تحصیلات تا دیپلم با ابتدایی در محاسبه با آزمون شفه معنی دار می‌باشد.

بحث در نتایج

همانطور که بیان شد مهمترین اهداف پژوهش حاضر بررسی میزان آگاهی و نگرش به‌روزان نسبت به بیماریهای روانی، صرع و عقب‌ماندگی ذهنی، همچنین ارزیابی میزان فعالیت و چگونگی عملکرد آنان در زمینه شناسایی بیماران روانی، صرعی و عقب‌مانده ذهنی و ارجاع آنان به سطوح بالاتر بهداشتی - درمانی بوده است. این به‌روزان در خانه‌های بهداشت مناطق تحت پوشش طرح بهداشت روانی به کار اشتغال داشته‌اند.

همچنین نتایج نشان می‌دهد که در زمینه آگاهی به‌روزان نسبت به بیماریهای روانی، صرع و عقب‌ماندگی ذهنی، بالاترین نمره را در زمینه درمان بیماران روانی داشته‌اند. پس از آن نمره به دست آمده در زمینه نشانه‌های افسردگی در رتبه دوم قرار داشته است. یافته‌های پژوهش حاضر در

جدول ۵ - توزیع فراوانی مطلق و نسبی انتظارات به‌روزان از مسئولین بهداشت روان کشور در راستای ارتقاء ارائه خدمات بهداشت روانی (N=۲۶۶)

دستاوردها	فراوانی مطلق	فراوانی نسبی
حمایت آموزشی و تسهیلاتی (دارو - وسیله نقلیه و...)	۹۰	۳۳/۸
نظارت بیشتر پزشک و سایر کارکنان بهداشتی	۵۵	۲۰/۷
تشویق به‌روزان و کاهش حجم کار	۴۱	۱۵/۴
حمایت بیماران	۳۶	۱۳/۵
سایر موارد	۱۹	۷/۲
بی جواب	۲۵	۹/۴

جدول ۶ - توزیع فراوانی مطلق و نسبی تأثیرات برنامه بهداشت روان بر جامعه از دیدگاه به‌روزان مورد بررسی (N=۲۶۶).

نوع واکنش	فراوانی مطلق	فراوانی نسبی
شناسایی، کنترل، مراقبت و حمایت از بیماران	۱۳۵	۵۰/۷
آموزش خانواده‌ها و تغییر نگرش و آگاهی مردم	۶۲	۲۳/۳
افزایش احترام به بیمار و کاهش درگیری‌ها و فشارهای روانی	۲۳	۸/۶
سایر موارد	۱۹	۷/۲
بی جواب	۲۷	۱۰/۲

جدول ۷ - توزیع فراوانی مطلق و نسبی مشکلات موجود در روند آموزش بهداشت روان به مردم توسط به‌روزان (N=۲۶۶).

نوع مشکل	فراوانی مطلق	فراوانی نسبی
پراکندگی جمعیت و مشکلات فرهنگی	۳۰	۱۱/۲۷
عدم وجود امکانات دارویی و آموزشی	۷	۲/۶۳
مشکل کمبود پرستل، مشکلات مالی و حمل و نقل	۵	۱/۸۷
بدون مشکل و بدون پاسخ	۲۲۴	۸۴/۲۲

این زمینه با یافته‌های پژوهش انجام شده در هند (مؤسسه ملی بهداشت روانی و علوم عصبی هند، ۱۹۹۰) که از بررسی میزان آگاهی کارکنان چند پیشه مشغول به کار در مراکز مراقبتهای بهداشتی اولیه آن کشور به دست آمده قابل مقایسه است. نتایج پژوهش یاد شده در هند نشان می‌دهد که در مورد پاره‌ای از پرسشها پاسخهای درست کارکنان چند پیشه هندی، نسبت به بررسی حاضر بیشتر بوده است. برای نمونه در پاسخ به این پرسش که "آیا بیماریهای روانی مسری است؟"، در صد بالایی از آنان پاسخ درست داده‌اند. همچنین در پاسخ به این پرسش که "آیا بیماران روانی عمداً دست به اعمال مختلف می‌زنند؟"، نیز در صد بالایی پاسخ صحیح داده‌اند. اما در پاسخ به پرسشهایی مانند "آیا شکست در عشق باعث بیماری روانی می‌شود؟"، "آیا مرگ بستگان نزدیک سبب بیماری روانی می‌شود؟"، در صد کمتری پاسخ درست داده‌اند. در زمینه درمان بیماریهای روانی نتایج دو بررسی بهم نزدیک‌اند مقایسه یافته‌های پژوهش حاضر، با یافته‌های پژوهش هشتگرد (بواله‌ری، محیط، ۱۳۷۴) نشان می‌دهد نشان می‌دهد که ۹۱ درصد بهورزان هشتگردی در پرسشنامه مربوط به نگرش و آگاهی نمره‌ای بالاتر از ۷۵/۰ درصد کل نمرات ممکن را به دست آورده‌اند.

در مورد نگرش بهورزان، یافته‌های بررسی حاضر نشان می‌دهد که صرف‌نظر از محور علت بیماریهای روانی، در دیگر محورها، نمرات نگرش بهورزان در سطح قابل ملاحظه‌ای بالاتر از ۸۰٪ نمره ممکن بوده است.

با توجه به زمینه‌های فرهنگی و باورهای ریشه‌دار بسیاری از مردم کشورهای روبه رشد و از جمله ایران در مورد بیماریهای روانی، به ویژه در مناطق دور افتاده روستایی که از هرگونه دسترسی به منابع اطلاعاتی محرومند، بر پایه یافته‌های این پژوهش آگاهی و نگرش بهورزان ایرانی در مناطق مورد بررسی رضایت‌بخش بوده است. در مقایسه با یافته‌های مربوط به بررسی حاضر و یافته‌های پژوهشی بررسی هشتگرد در زمینه نگرش

بهورزان پاسخ آنان به شماری از پرسشها، تک تک با یکدیگر مقایسه شده‌اند. به طور کلی تفاوت معنی داری از نظر آماری بین پاسخهای دو بررسی مشاهده نشده است (در بررسی هشتگرد ۷/۷۲٪ پاسخها نگرش مثبت ارزیابی شده و در بررسی حاضر ۱۱/۷۰٪).

یافته‌های بررسی حاضر در ارتباط با عملکرد بهورزان نشان می‌دهد که نسبت بیماران شناسایی شده توسط بهورزان در پژوهش حاضر، تا حدودی بالاتر از ارقام به دست آمده در ارزشیابی کارکنان چند پیشه هندی (به نقل از مورتی و برنز، ۱۹۹۲) بوده است. از مجموع ۴۸۳۴۶۵ نفر جمعیت تحت پوشش خدمات بهداشت روانی بهورزان ایرانی، ۵۵۹ بیمار شدید روانی، ۱۰۸۶ نفر بیمار صرعی و ۱۲۵۶ نفر عقب مانده ذهنی شناسایی شده‌اند که در بررسی نپال از کل ۷۸۵۲۷ نفر جمعیت تحت پوشش، ۹۳ بیمار شدید روانی، ۱۴۵ بیمار صرعی و ۳۷ عقب مانده ذهنی توسط کارکنان مراقبتهای بهداشتی اولیه شناسایی شده‌اند. بنابر این در این بررسی بیماران شدید روانی ۱/۱۵ نفر در ۱۰۰۰ نفر و در بررسی نپال ۱/۱۸ نفر در هزار شناسایی شده‌اند (رایت، ۱۹۹۰). به همین ترتیب بیماران صرعی و عقب مانده ذهنی در پژوهش حاضر ۲/۲۵ و ۲/۶۰ و در بررسی نپال ۱/۸۴ و ۰/۴۷ در ۱۰۰۰ گزارش گردیده است. بنابر این، در زمینه شناسایی بیماران شدید روانی نتیجه دو بررسی بسیار به یکدیگر نزدیک‌اند. در زمینه شناسایی بیماران صرعی نیز نتایج دو بررسی تا حدودی به هم نزدیک‌اند. اما نتایج به دست آمده در زمینه شناسایی عقب ماندگان ذهنی در بررسی حاضر بسیار بالاتر از بررسی انجام شده در نپال است. اما با یافته‌های پژوهش به دست آمده در بررسی بلاری^(۱) (به نقل از مورتی و برنز، ۱۹۹۲) نزدیکتر است. نتایج پژوهش نشان می‌دهد که بیشتر بهورزان (۷/۵۰٪) شناسایی، کنترل، مراقبت و حمایت از بیماران روانی را به عنوان

یکی از دستاوردهای خوب برنامه بهداشت روانی برای جامعه دانسته‌اند. اگر بخواهیم این یافته پژوهش را با یافته مشابه بررسی نپال مقایسه کنیم، باید یادآور شویم که در بررسی نپال، ۱۵٪ افراد مورد بررسی معتقد بوده‌اند که فعالیتهای بهداشتی - درمانی ایشان در مورد بیماران روانی و صرعی مؤثر واقع شده است. ۵۴٪ معتقد بوده‌اند که فعالیتهای درمانی - مشاوره‌ای ایشان هیچگونه تأثیری در بهبود حال بیماران زیر پوشش نداشته است. و بالاخره ۲۰٪ معتقد بوده‌اند که گاهی اوقات این خدمات مؤثر واقع شده است (رایت، ۱۹۹۰). در زمینه انتظارات بهورزان از مسئولین بهداشت روان کشور و پیشنهادات ایشان نسبت به بهبود کیفیت ارائه خدمات بهداشت روانی در نظام مراقبتهای بهداشتی اولیه، ۳۳/۸ درصد افراد مورد بررسی حمایتها و تسهیلات آموزشی را برای کارکنان شبکه مراقبتهای بهداشتی اولیه و بهورزان لازم دانسته‌اند؛ که بالاترین فراوانی را در بین پیشنهادات ارائه شده به خود اختصاص داده است. این یافته پژوهش حاضر با یافته‌های پژوهش نپال (رایت، ۱۹۹۰) بسیار نزدیک است. در پژوهش یاد شده بیشترین افراد مورد بررسی (۴۰ درصد) آموزش به کارکنان را پیشنهاد نموده‌اند. بررسی پیشنهادات کارکنان چند پیشه‌های هندی (مؤسسه ملی بهداشت روان و علوم عصبی بنگلور، ۱۹۹۰) نیز نشان می‌دهد که بیشتر پاسخ دهندگان، آموزش کارکنان مشغول به کار در شبکه مراقبتهای بهداشتی اولیه را عنوان نموده‌اند. بنابراین نتایج هر سه پژوهش نشان می‌دهد که آموزش کارکنان، نخستین پیشنهاد کارکنان بهداشتی بوده است.

نتایج به دست آمده در زمینه مشکلات موجود در روند آموزش بهداشت روان به مردم نیز نشان داده است که مهمترین مشکل عنوان شده در زمینه اجرای طرح بهداشت روانی که بهورزان با آن روبرو بوده‌اند، پراکنده بودن جمعیت تحت پوشش و وجود مشکلات فرهنگی است (۱۱/۲۷٪). در ارزیابی مشکلات گزارش شده از

سوی کارکنان بهداشتی هندی گذرانیدن دوره آموزش بهداشت روان توسط بخشی از کارکنان و برخوردار نبودن بسیاری از کارکنان از آموزشهای مربوطه که سبب عدم همکاری آنان می‌شود؛ و سنگین بودن وظایف محوله به ایشان در زمینه اجرای دیگر برنامه‌های بهداشتی - درمانی از مشکلات مهم ایشان گزارش گردیده است.

بطور کلی یافته‌های پژوهش حاضر نشان دهنده آن بوده است که بهورزان مورد بررسی در زمینه بالا بردن میزان آگاهی و تغییر نگرش خویش در زمینه بیماریهای روانی، شناسایی، ارجاع و پیگیری بیماران روانی نسبتاً موفق بوده‌اند همین موفقیت قبلاً در بیماریابی، تغییر آگاهی و نگرش مردم در منطقه هشتگرد (بواله‌ری، محیط، ۱۳۷۴) مشاهده شده بود. در حالیکه در بررسی شهرکرد (شاه‌محمدی، ۱۳۶۹) تفاوت تغییرات به وجود آمده در نگرش مردم در گروههای آزمایشی و گواه، پس از مداخله آموزشی، معنی‌دار گزارش نگردیده است. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که طرح ادغام ارائه خدمات بهداشت روانی در شبکه مراقبتهای بهداشتی اولیه کارآیی لازم را برای ارائه این خدمات در مناطق زیر پوشش شبکه مراقبتهای بهداشتی اولیه دارا می‌باشد. پژوهش حاضر با محدودیتهایی نظیر نداشتن ابزار اندازه‌گیری معتبر و پایا، نداشتن اطلاعات پایه از جامعه مورد بررسی پیش از اجرای برنامه ادغام بهداشت روانی و وسعت و پراکندگی بسیار زیاد جامعه مورد بررسی روبرو بود که می‌تواند در اعتبار و تفسیر یافته‌ها تأثیر بگذارد.

پیشنهاد می‌شود این گونه پژوهشهای ارزشیابی از برنامه، هرچند سال در مناطق و هر ده سال در سراسر کشور به اجرا گذاشته شود. ابزاری معتبر و پایا به دور از تأثیرات فرهنگی برای انجام ارزشیابی در کشورها و فرهنگهای گوناگون تهیه شود و با استفاده از یافته‌های به دست آمده، در جهت رفع کاستیهای برنامه و پژوهشهای دیگر اقدام گردد.

National Institute of Mental Health and Neurosciences

(1990). *Training of PHC personal in mental health care experiences*. Bangalore: NIMHANS.

Shahmohammadi, D. (1995). *Report of Mental Health Programme in I.R.Iran*. Presented in the intercountry meeting on the National Mental Health Programme in the EM region.

Sriram, T. G., Moily, S., Uday Kumar, G. S., Chandrashekar, C. R., Isaac, M. K., & Murty, S. R. (1990). Training of primary health care medical officers in mental health care. *General Hospital Psychiatry*, 12, 384-9.

WHO (1990). *The Mental Health Programme of WHO activity descriptions for the period of the 8th General Programme of Work of WHO (1990 - 1995)*. Geneva: WHO.

Wright, C. (1990). *Five years of community mental health services: an evaluation report (Nepal)*. Unpublished report.



قدردانی

بدینوسیله از جناب آقای دکتر احمد محیط و دفتر مدیریتانه شرقی سازمان جهانی بهداشت و کلیه مشاوران بهداشت روانی این سازمان، از حوزه معاونت بهداشت وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، بویژه اداره پیشگیری و مراقبت از بیماریها، از مراکز بهداشت استانهای کشور، از بخش پژوهش انستیتو روانپزشکی تهران، و همچنین از آقایان دکتر محسن نقوی، دکتر داوود شاه محمدی، دکتر سید اکبر بیانزاده و آقای هوشمند لایقی که با حمایت مادی و علمی و مشاوره‌ای خود انجام این پژوهش را عملی نموده‌اند قدردانی می‌گردد.

منابع

بوالهری، جعفر؛ محیط، احمد (۱۳۷۴). بررسی ادغام بهداشت روانی در مراقبتهای بهداشتی اولیه. هشتمین گردهم‌آیی ۷۲-۱۳۷۰. فصلنامه اندیشه و رفتار، دوره دوم، شماره ۱ و ۲، ۲۴-۱۶. حسن زاده، سید مهدی (۱۳۷۱). بررسی ادغام خدمات بهداشت روانی در نظام ارائه خدمات بهداشتی اولیه در شبکه شهرضا، دارو و درمان، سال دهم، شماره ۱۱۰. شاه محمدی، داوود (۱۳۶۹). گزارش جامع از پروژه تحقیقی ادغام بهداشت روانی در مراقبتهای بهداشتی اولیه در روستاهای شهر کرد. گزارش منتشر نشده.

Andeeshah
Va
Raftar
اندیشه و رفتار
۱۲

Ierodiakonou, C. S. (1984). Mental health and primary health care in Greece. *World Health Forum*, 5, 120 - 122.

Murthy, S. R., & Burns, B. J. (1992). *Community Mental Health, Proceedings of the Indo - US Symposium*. Bangalore : NIMHANS.

Murthy, S. R., & Wig, N. N. (1983). A training approach to enhancing mental health man power in a developing country. *American Journal of Psychiatry*, 140, 1486 - 90.

سال سوم / شماره ۱ و ۲ / تابستان و پاییز ۱۳۷۶
Vol.3/NO.1&2/Summer&Fall,1997