



بررسی ادغام بهداشت روانی در مراقبتهای بهداشتی اولیه

هشترگرد (۷۲-۱۳۷۰)

دکتر جعفر بوالهری* - دکتر احمد محیط**

چکیده

پراکندگی زیاد مراکز جمعیتی - روستایی ایران مانند بسیاری از کشورهای در حال توسعه سبب گردیده است که امکانات محدود بهداشت روانی شهری نتواند برای اکثریت ساکنین این مناطق قابل دسترسی باشد. از این رو کوششهای زیادی برای ادغام ارائه خدمات بهداشت روانی در شبکه موجود مراقبتهای بهداشتی اولیه انجام گرفته است. در این پژوهش آزمایشی با در نظر گرفتن دو گروه آزمایش و گواه، تغییر در نگرش ۳۴ تن از بهورزان منطقه هشترگرد و ۲۳۷ نفر از جمعیت بالای ۱۵ سال روستاهای تحت پوشش آنان (گروه آزمایش) را جمع به بهداشت روانی، پس از یک دوره آموزشی کوتاه مدت و ادغام بهداشت روانی در مراقبتهای بهداشتی اولیه با تغییر در نگرش ۲۰ تن از بهورزان منطقه طالقان و ۱۵۰ نفر از جمعیت بالای ۱۵ سال تحت پوشش خدماتی آنان به عنوان گروه گواه که از هیچ آموزشی در زمینه بهداشت روانی برخوردار نبودند، مورد بررسی قرار گرفت. اجرای این پژوهش بر این فرضیه اصلی استوار بود که با آموزش بهداشت روانی به بهورزان یک منطقه ضمن ایجاد تغییر در نگرش آنان می توان آموزش بهداشت روانی به مردم، همچنین بیمار یابی و ارجاع بیماران روانی را به آنان واگذار نمود. ابزار این پژوهش عبارت از یک پرسشنامه نگرشی برای بهورزان و یک پرسشنامه نگرشی ویژه اهالی روستاها بود که پس از تعیین اعتبار صوری و محتوایی آنان به صورت پیش و پس آزمون در آزمودنیهای آزمایش و گواه تکمیل گردید. نتایج این پژوهش که با استفاده از آزمون t مستقل و مقایسه میانگین ها مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت، بیانگر مؤثر واقع شدن آموزش در تغییر نگرش بهورزان و مؤثر واقع شدن آموزش و ادغام بهداشت روانی در نگرش اهالی روستاهای تحت پوشش آنان در گروه آزمایشی می باشد. همچنین بهورزان گروه آزمایشی توانستند در مدت اجرای پژوهش ۱۵۴ بیمار را که ۴۴/۰ درصد جمعیت عمومی می شد، در روستاهای محل خدمت خود شناسایی و با تشخیص های مختلف روانپزشکی که با کمک پزشک عمومی عنوان گردیده بود، به رده های بالاتر ارائه خدمات بهداشت روانی ارجاع دهند.

کلید واژه: بهداشت روانی، ادغام مراقبتهای بهداشتی اولیه، آموزش بهورزان، نگرش

* استادیار روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی ایران، مدیر انستیتو روانپزشکی تهران، تهران، خیابان طالقانی، کوچه جهان، پلاک ۱.
** دانشیار روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی ایران، مسئول بخش بهداشت روانی منطقه مدیترانه شرقی سازمان جهانی بهداشت، مصر، اسکندریه.

روش

این پژوهش از نوع پژوهشهای آزمایشی و با استفاده از دو گروه آزمایش و گواه و انجام پیش‌آزمون - پس‌آزمون در دو منطقه روستایی از شهرستان ساوجبلاغ واقع در ۱۰۰ کیلومتری شمال غرب تهران انجام گرفت. این شهرستان دارای ۱۴۱۲۹۰ نفر جمعیت بوده و دارای چند بخش از جمله بخش هشتگرد (گروه آزمایشی) با ۳۴۵۹۰ نفر جمعیت و بخش طالقان (گروه گواه) با ۱۵۴۶۶ نفر جمعیت می‌باشد (مرکز آمار ایران، ۱۳۶۵). در زمان انجام پژوهش جمعیت روستایی بخش هشتگرد را هفت مرکز بهداشتی - درمانی و ۲۴ خانه بهداشت، چهار پزشک، یک کاردان و ۵۷ بهورز پوشش بهداشتی - درمانی می‌دادند. جمعیت روستایی بخش طالقان را سه مرکز بهداشتی - درمانی روستایی و ۱۸ خانه بهداشت، تحت پوشش خود داشتند که چهار پزشک و ۲۶ بهورز در این مراکز مشغول ارائه خدمات بهداشتی - درمانی بودند.

آزمودنیها دو گروه بودند: گروه نخست، بهورزان شاغل به کار در خانه‌های بهداشت دو بخش هشتگرد و طالقان و گروه دیگر را مردم روستاهای این دو منطقه تشکیل می‌دادند. بهورزان گروه آزمایشی ۳۴ نفر بودند که همگی در خانه‌های بهداشت ۴ مرکز بهداشتی - درمانی روستایی بخش هشتگرد به کار اشتغال داشتند. آزمودنیهای گروه گواه را ۲۰ نفر از بهورزان خانه‌های بهداشت ۳ مرکز بهداشتی درمانی روستایی بخش طالقان تشکیل می‌دادند. در جدول ۱ اطلاعات دموگرافیک بهورزان در دو گروه آزمایشی (هشتگرد) و گواه (طالقان) ارائه گردیده است.

آزمودنیهای گروه دوم، مردم روستاهای هشتگرد (آزمایش) و طالقان (گواه) بودند. به این منظور از ۳۴۵۹۰ نفر جمعیت عمومی هشتگرد ۲۳۷ نفر بالای ۱۵ سال و از ۱۵۴۶۶ نفر جمعیت عمومی منطقه طالقان ۱۵۰ نفر بالای ۱۵ سال با روش نمونه‌گیری چند مرحله‌ای تصادفی ساده و سیستماتیک انتخاب شدند. گروه آزمایشی و گواه از نظر متغیر جنسیت زن و مرد به یک نسبت و نزدیک به هم بوده

به منظور بهره‌مند ساختن طیف گسترده‌ای از اهالی شهرها و روستاهای دورافتاده و کم جمعیت کشور که امکان بهر بردن از نظام ارائه خدمات بهداشت روانی حاضر را ندارند، روشهای چندی از جمله افزایش تعداد روانپزشکان و کادر درمانی روانپزشکی، ایجاد و گسترش بیمارستانها و مراکز بهداشت روانی و به ویژه ادغام ارائه خدمات بهداشت روانی در شبکه موجود مراقبتهای بهداشتی اولیه، مورد توجه قرار گرفته است (بوالهروی، ۱۳۶۴). نظر به وجود مشکلاتی که در زمینه تربیت روانپزشک و ایجاد بیمارستانهای روانپزشکی جدید در ابعاد مختلف آن فراروی ما قرار دارد، ادغام بهداشت روانی در مراقبتهای بهداشتی اولیه از جهات مختلف عملی و با صرفه تشخیص داده شده است (سازمان جهانی بهداشت، ۱۹۷۵، ۱۹۷۶؛ اداره کل مبارزه با بیماریها، ۱۳۶۷). این تجربه در برخی از کشورها از جمله هند (مورتی و ویگ، ۱۹۸۳؛ سریرام، مویلی، چندراشکار و همکاران، ۱۹۹۰)، یونان (ایرودیاکونو، ۱۹۸۳)، فیلیپین (لوردس لادریدو، ۱۹۸۳)؛ مورد توجه و بررسی قرار گرفته و نتایج موفقیت‌گزارش گردیده است.

در کشور ایران نیز اقدامات فراوان و پژوهشهایی در مورد ادغام ارائه خدمات بهداشت روانی در شبکه مراقبتهای بهداشتی اولیه صورت گرفته است (شاه محمدی ۱۳۶۹، حسن زاده ۱۳۷۱) که نتایج امید بخشی به دنبال داشته است.

توجه به وضعیت جغرافیایی و پراکندگی شهرها و روستاهای بزرگ و کوچک ایران، زیاد بودن فاصله آنها از یکدیگر، محدود بودن امکانات ارتباطی، کمی امکانات نیروی انسانی، مالی و دیگر تسهیلات بیمارستانی و درمانی از یک سو و موفقیت شبکه مراقبتهای بهداشتی اولیه در سراسر کشور از سوی دیگر (شادپور، ۱۹۹۴) اهمیت این روش را در گسترش ارائه خدمات بهداشت روانی نشان می‌دهد.

جدول ۱: ویژگیهای بهورزان در دو گروه آزمایش (هشتگرد) و گواه (طالقان).

ویژگیهای آزمودنیها	گروه آزمایش (N=۳۴)	گروه گواه (N=۲۰)
جنس		
زن	۲۰ (۵۸/۸٪)	۱۳ (۶۵٪)
مرد	۱۴ (۴۱/۲٪)	۷ (۳۵٪)
میانگین سن		
زن	۲۹/۵۰	۲۵/۴
مرد	۳۴/۷	۲۶
میزان تحصیلات		
ششم ابتدایی	۱۰ (۲۹/۴٪)	۸ (۴۰٪)
تا دیپلم	۲۰ (۵۸/۸٪)	۱۱ (۵۵٪)
دیپلم	۴ (۱۱/۸٪)	۱ (۵٪)
وضعیت تأهل		
مجرد	۷ (۲۰/۶٪)	۷ (۳۵٪)
متاهل	۲۷ (۷۹/۴٪)	۱۳ (۶۵٪)

است. در متغیر سن، گروه سنی ۲۱-۳۰ ساله بیشترین فراوانی و میانگین سنی مردان بیش از زنان می باشد. در متغیر سواد، تحصیلات ششم ابتدایی و بیسواد بیشترین فراوانی را نشان داده و بالاخره در متغیر وضعیت تأهل، گروه متاهل، بیشتر از گروه مجرد دیده شده است. در زمینه پیشه، پیشه‌های کشاورز و خانه‌دار بیش از دیگر پیشه‌ها بوده است. در زمینه سابقه اختلالات روانی در خانواده و نزدیکیان در گروه آزمایش، ۶۷ نفر (۲۸/۷٪) و در گروه گواه، ۴۳ نفر (۲۷/۷٪) اظهار داشته‌اند که سابقه اختلالات روانی در خانواده و نزدیکیان آنان وجود داشته است. نسبت زن و مرد نیز در گروه گواه نزدیک به هم بوده، در زمینه میزان تحصیلات در پس آزمون دو گروه به هم نزدیک بوده‌اند. از نظر وضعیت تأهل گروه متاهلین بیشترین فراوانی را در دو گروه داشته‌اند. همچنین پیشه‌های خانه‌دار و کشاورز نیز بیشترین فراوانی را در بین پیشه‌های مختلف به خود اختصاص داده‌اند. هدف اصلی پژوهش این بود که اثرات آموزش بهورزان و ادغام بهداشت روانی در مراقبتهای بهداشتی اولیه (متغیر مستقل) در نگرش مردم منطقه مورد بررسی (متغیر وابسته)، ارزیابی گردد. همچنین سعی گردیده است کارآیی آموزش به بهورزان و اثر آن در بیماریابی، آموزش و ارجاع بیماران روانی در روستا در نظام مراقبتهای بهداشتی اولیه مورد بررسی قرار گیرد. برای رسیدن به اهداف پژوهش، این فرضیه مورد آزمایش قرار گرفت که: با آموزش بهداشت روانی به بهورزان منطقه هشتگرد ضمن ایجاد تغییر در نگرش آنان می‌توان ارائه خدمات بهداشت روانی را نیز به آنان سپرد و پس از دو سال باعث تغییر در نگرش مردم گردید.

روش آماری مورد استفاده در این پژوهش تعیین فراوانی، فراوانی نسبی و استفاده از آزمون t و مقایسه

میانگین‌ها بود.

ابزار پژوهش

۱- پرسشنامه نگرشی ویژه بهورزان: به منظور بررسی چگونگی نگرش بهورزان نسبت به بیماریهای عصبی و روانی و عوامل ایجادکننده آنها، از یک پرسشنامه نگرشی که به این منظور تهیه شده بود، استفاده شد. این پرسشنامه با استفاده از یک پرسشنامه نگرشی که در چند پژوهش مشابه در کشور هند (مؤسسه ملی بهداشت روانی و علوم عصبی بنگلور، ۱۹۹۰) به مورد اجرا گذاشته شده بود و با توجه به پژوهشهای انجام شده در کشور خود ما (شاه محمدی، ۱۳۷۲) تنظیم گردید.

این پرسشنامه ۲۹ پرسشی، دو بخش دارد: بخش نخست دربرگیرنده پرسشهایی در مورد نگرش آزمودنیها درباره برخی از جنبه‌های بیماریهای روانی مانند علت به وجود آمدن بیماریهای روانی و شیوه‌های درمان آنها است. بخش دوم میزان آگاهی آنان را درباره پاره‌ای بیماریهای روانی و شاخصهای رشد نوزادان و کودکان می‌سنجد.

۲- پرسشنامه نگرشی مردم: جهت بررسی نگرش اهالی روستاهای تحت پوشش خانه‌های بهداشت واقع در مناطق مورد پژوهش، از یک پرسشنامه نگرشی، ویژه اهالی روستاها استفاده شد. این پرسشنامه شامل ۲۲ پرسش و تا حدودی شبیه پرسشنامه ویژه بهورزان بود. تعدادی از پرسشها به صورت باز و تعدادی به صورت پرسش بسته در نظر گرفته شد که پرسشهای بسته با گزینه‌های بلی، خیر و نمی‌دانم پاسخ داده می‌شدند.

با توجه به پژوهش‌های قبلی و همچنین با نظر خواهی از روان‌پزشکان، روانشناسان، اساتید، کارشناسان و صاحب‌نظران بهداشت عمومی در شبکه مراقبتهای بهداشتی اولیه و بحث در مورد تمامی پرسشها، کوشش بر آن بوده است تا اعتبار صوری و محتوایی این پرسشنامه نیز در سطحی مورد پذیرش، تأمین گردد.

در نمره‌گذاری پرسشنامه‌ها به هر یک از پاسخ‌های

درست، یک نمره تعلق گرفته و به پاسخهای اشتباه نمره‌ای تعلق نمی‌گیرد. بنابراین بالاترین نمره‌ای که در این پرسشنامه‌ها به یک آزمودنی ممکن است تعلق گیرد، نمره ۲۲ در پرسشنامه مربوط به مردم و ۲۹ در پرسشنامه بهورزان است.

۳- پرسشنامه مشخصات (دموگرافیک).

شیوه اجرای پژوهش

۱- مرحله آموزش - عملیات اجرایی پژوهش از فروردین ماه ۱۳۶۹ آغاز گردید و تا پایان بهمن ماه ۱۳۷۲ ادامه یافت. برای اجرای طرح شهرستان ساجبلان که به دلیل ویژگیهای خاص جمعیت شناسی، جغرافیایی و شبکه مراقبتهای بهداشتی اولیه مناسب اجرای پژوهش، تشخیص داده شده بود، انتخاب گردید. سپس دو بخش از آن، هشتگرد و طالقان به عنوان گروه آزمایشی و گواه انتخاب گردیدند.

این دو بخش از نظر ویژگیهای جمعیتی، بهداشتی - درمانی و مراقبتهای اولیه بهداشتی بیش از دیگر بخش‌ها به هم نزدیک بودند. چهار مرکز بهداشتی - درمانی هشتگرد، همراه با ۱۰ خانه بهداشت تحت پوشش آنها، جهت اجرای آموزش و ادغام بهداشت روانی در نظر گرفته شد. پس از مشخص شدن آزمودنیهای گروه آزمایشی (بهورزان هشتگرد) که تعداد آنان ۳۴ نفر می‌شد دعوت گردید که در یک دوره کوتاه آموزشی بهداشت روانی شرکت کنند. پیش از شروع جلسات آموزشی پرسشنامه نگرشی (پیش‌آزمون بهورزان) برای تکمیل به ایشان داده شد و دوره آموزشی به مدت یک هفته اجرا گردید. در این یک هفته مربیان بهورزی آموزش دیده، آموزشهای لازم را به بهورزان منتقل نمودند. مطالب مورد نظر برای آموزش بر محور چهار گروه از بیماریهای روانی شامل ناراحتیهای خفیف روانی (نوروزها)، ناراحتیهای شدید روانی (سایکوزها)، صرع، عقب ماندگی ذهنی و پاره‌ای از فعالیتهای اولیه بهداشت روانی متمرکز بود. برای این

نظر به وجود مشکلاتی که در زمینه تربیت روانپزشک و ایجاد بیمارستانهای روانپزشکی جدید در ابعاد مختلف آن فراوی ما قرار دارد، ادغام بهداشت روانی در مراقبتهای بهداشتی اولیه از جهات مختلف عملی و با صرفه تشخیص داده شده است

خدمات اولیه بهداشت روانی به مردم منطقه هشتگرد، دوباره همان پرسشنامه با نمونه اهالی هر دو منطقه تکمیل گردید تا تغییر نگرش مجدد آنان، مورد ارزیابی قرار گیرد. در پایان پژوهش پاسخهای ارائه شده از سوی روستائیان در گروه آزمایشی و گواه در پیش آزمون و پس آزمون، با یکدیگر مقایسه گردیده است.

۲- مرحله ادغام: برای رسیدن به اهداف پژوهش پس از آموزش به بهورزان منطقه هشتگرد، کلیه مراحل اجرایی ادغام بهداشت روانی در مراقبتهای بهداشتی اولیه (شاه محمدی، ۱۳۷۲) با آموزش پزشکان عمومی و توزیع دارو و فرمهای پرونده‌ای و آماری انجام و بهورزان از همان فروردین ماه ۱۳۶۹ شروع به بیماریابی، آموزش مردم، ارجاع موارد و پیگیری آنان نمودند. درمانگاه تخصصی روانپزشکی نیز همزمان یک روز در هفته با حضور یک نفر پزشک عمومی دوره دیده به مدت ۲ ماه، یک نفر عضو هیئت علمی روانپزشک، یک نفر دستیار روانپزشکی و یک نفر کارشناس بهداشت روانی (روانشناس) شروع به کار نمود. این واحد تخصصی روانپزشکی در یک مرکز بهداشتی - درمانی شهر هشتگرد مستقر بود و وظیفه پذیرش موارد ارجاعی از خانه‌ها و مراکز بهداشتی درمانی روستایی هشتگرد (منطقه آزمایشی)، پذیرش بیماران از سایر مراکز، نظارت بر کار پژوهشی، و آموزش دستیاران را به عهده داشت.

یافته‌ها

اولین هدف و فرضیه پژوهش ارزیابی آموزش کوتاه مدت بهداشت روانی به بهورزان و ایجاد تغییر در نگرش آنان بود. جدول ۲ نشان می‌دهد در حالیکه بین میانگین نمرات نگرشی بهورزان منطقه هشتگرد (آزمایشی) و طالقان (گواه) قبل از آموزش تفاوت معنی‌داری وجود نداشته است، پس از آموزش بهورزان هشتگرد تفاوت معنی‌داری را در میانگین نمرات نگرشی پیش و پس از آموزش آنان و پس آزمون بهورزان طالقان نشان داده است

منظور از یک کتابچه راهنما تحت عنوان بهداشت روان برای بهورزان (بوالهروی، ۱۳۶۹) استفاده گردید و سپس این کتابچه راهنما در اختیار ایشان قرار گرفت. در پایان دوره آموزشی نیز دوباره بهورزان مورد ارزیابی نگرشی قرار گرفتند (پس آزمون بهورزان).

در گروه گواه بهورزان، ۲۰ نفر بهورز در ۳ مرکز بهداشتی - درمانی و ۱۸ خانه بهداشت بخش طالقان بدون آنکه به آنها آموزشی داده شود، به پرسشنامه نگرشی به صورت پیش آزمون و پس آزمون به منظور کنترل اثرات سایر متغیرهای مداخله‌گر بر نگرش بهورزان گروه آزمایشی پاسخ دادند.

به منظور ارزیابی تأثیر آموزش بهورزان و ادغام بهداشت روانی در مراقبتهای بهداشتی اولیه در جمعیت روستایی تحت پوشش خانه‌های بهداشت، پیش از انتقال آموزش به روستائیان توسط بهورزان، پرسشنامه نگرشی مردم در نمونه‌ای از اهالی روستاهای تحت پوشش بهورزان گروه آزمایشی و گواه تکمیل گردید. پرسشنامه‌ها توسط گروهی از پژوهشگران که از آموزشهای لازم در این زمینه برخوردار بودند، تکمیل گردید. این اقدام عطف به این فرضیه پژوهش صورت گرفت که بهورزان می‌توانند آموزشهای دریافت شده را به روستائیان محل خدمت خود منتقل نمایند. از این رو پس از گذشت ۲ سال از زمان تکمیل پرسشنامه‌های پیش آزمون و ادامه عملیات ارائه

(با استفاده از آزمون t).

جدول ۲: میانگین و انحراف استاندارد نمرات آزمودنیهای گروه آزمایشی (۳۴ نفر بهورزان هشترگرد) و گروه گواه (۲۰ نفر بهورزان طالقان) در نتیجه گیری از تست نگرشی با آزمون t مستقل در مراحل پیش آزمون و پس آزمون.

	پیش آزمون		پس آزمون	
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
گروه آزمایشی	۱۷/۶۸	۲/۸۴	۲۱/۰۹	۲/۳۸*
گروه گواه	۱۶/۴۰	۲/۷۸	۱۷/۶۵	۲/۰۳**

* نمره t بدست آمده از نمرات گروههای آزمایشی و گواه در پیش آزمون $t=۱/۶۲$, $df=۵۲$, $P>۰/۵$

** نمره t بدست آمده از نمرات گروههای آزمایشی و گواه در پس آزمون $t=۵/۶۳$, $df=۵۲$, $P<۰/۱$

جدول ۳ که به منظور ارزیابی انتقال آموزشهای بهداشت روانی از بهورزان به مردم تنظیم شده است، نشان می دهد در حالی که بین میانگین نمرات نگرشی مردم منطقه هشترگرد (آزمایشی) و طالقان (گواه) در پیش آزمون، تفاوت معنی داری وجود نداشته است، دو سال پس از آموزش بهورزان منطقه هشترگرد و اجرای برنامه بهداشت روانی در منطقه تفاوت معنی داری را بین میانگین نمرات پس آزمون مردم منطقه هشترگرد با پیش آزمون در همان منطقه و با پس آزمون در منطقه طالقان نشان داده است (با استفاده از آزمون t وابسته).

جدول ۳: میانگین و انحراف استاندارد نمرات آزمودنیهای گروه آزمایشی (۲۳۷ نفر مردم هشترگرد) و گواه (۱۵۰ نفر، مردم طالقان) در نتیجه گیری از تست نگرشی با آزمون t مستقل در مراحل پیش آزمون و پس آزمون.

	پیش آزمون		پس آزمون	
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
گروه آزمایشی	۱۴/۳۳	۲/۸۷	۱۴/۷۰	۳/۰۷*
گروه گواه	۱۴/۴۴	۲/۹۱	۱۴	۳/۰۴**

* نمره t بدست آمده از نمرات گروههای آزمایشی و گواه در پیش آزمون $t=۰/۶۵$, $df=۳۸۵$, $P>۰/۵$

** نمره t بدست آمده از نمرات گروههای آزمایشی و گواه در پس آزمون $t=۲/۲۱$, $df=۳۸۵$, $P<۰/۵$

جدول ۴: توزیع فراوانی انواع بیماران روستایی ارجاع شده توسط بهورزان به درمانگاه هفتگی تخصصی هشتگرد بر حسب جنس

انواع بیماری	جنس		جمع
	مرد	زن	
اسکیزوفرنیا	۵	۵	۱۰
اختلالات خلقی	۷	۲۸	۳۵
اختلالات اضطرابی	۵	۹	۱۴
عقب ماندگی ذهنی	۲۶	۲۱	۴۷
صرع	۷	۱۹	۲۶
سایر	۱۱	۸	۱۹
جمع	۶۱	۹۰	۱۵۱

جدول ۵: توزیع فراوانی انواع بیماران شهری (غیر ارجاعی) و روستایی (ارجاعی) مراجعه کننده به درمانگاه هفتگی تخصصی هشتگرد بر حسب جنس

انواع بیماری	جنس		جمع
	مرد	زن	
صرع	۱۳	۲۳	۳۶
عقب ماندگی ذهنی	۳۹	۳۱	۷۰
ناراحتی های شدید روانی	۱۶	۱۹	۳۵
ناراحتی های خفیف روانی	۳۱	۵۴	۸۵
سایر اختلالات روانی	۲۱	۲۴	۴۵
جمع	۱۲۰	۱۵۱	۲۷۱

جدول ۴، توانایی بهورزان منطقه هشتگرد برای بیماریابی و ارجاع موارد به پزشک و درمانگاه تخصصی هفتگی روانپزشکی شهر هشتگرد را با طبقه بندی تخصصی DSM-III-R نشان می دهد. همچنانکه مشاهده می گردد از تعداد کل ۱۵۱ مورد ارجاعی، زنان ۱/۵ برابر مردانند، اما زنان دارای اختلالات خلقی ۴ برابر، اضطرابی ۲ برابر و صرع ۲/۵ برابر مردانند. جدول ۵ نشان می دهد که علاوه بر ۱۵۱ موردی که از منطقه روستایی هشتگرد ارجاع شده اند ۱۲۰ مورد نیز از شهر هشتگرد، شهرکها و روستاهای مجاور مراجعه کرده اند طبقه بندی به کار رفته در این جدول بر حسب تشخیص بهورزان مطابق آموزشهای داده شده است.

Andeesbeh
Va
Rafar
اندیشه و رفتار
۲۲

بحث در نتایج

یافته های پژوهشی حاضر گویای این است که مطابق فرضیه های مورد نظر پژوهش، ارائه آموزشهای مربوط به بهداشت روانی، توانسته است سبب تغییر در نگرش بهورزان و اهالی روستاهای تحت پوشش خدماتی آنان گردد. این آموزش توانسته است بهورزان را در شناسایی بیماران و معرفی آنان به رده های بالاتر نظیر پزشکان

عمومی مراکز بهداشتی - درمانی روستایی و درمانگاه تخصصی هفتگی روانپزشکی هشتگرد به موفقیتهایی نایل گرداند. یافته های این پژوهش نشان می دهد که تفاوت نمرات آزمودنیهای گروه آزمایشی (بهورزان هشتگرد) و گروه گواه (بهورزان طالقان) در پیش آزمون معنی دار نبوده است، در حالیکه این تفاوت در پس آزمون به دلیل آنکه آزمودنیهای گروه آزمایشی از آموزش برخوردار بوده اند،

معنی دار بوده است.

در ارتباط با نتایج بدست آمده از پیش آزمون و پس آزمون گروههای آزمایشی و گواه (مردم هشتگرد و طالقان) تفاوت نمرات بدست آمده در دو گروه در پیش آزمون معنی داز نبوده ولی در پس آزمون نیز به واسطه آموزش یاد شده، به بهورزان هشتگرد تفاوت معنی دار در نگرش مردم نسبت به موازین بهداشت روانی مشاهده شده است. در ارتباط با تغییر نگرش بهورزان، همچنانکه در پیشینه مطالعاتی یادآور شدیم، کار مشابهی با همین نتایج با پزشکان عمومی و کارکنان بهداشتی و چند پیشه در کشور هند صورت گرفته است. ارزیابی پیش از آموزش اصول بهداشت روانی به پزشکان مشغول به کار در مراکز بهداشتی - درمانی مناطق روستایی این کشور (مؤسسه ملی بهداشت روانی و علوم عصبی هند، ۱۹۹۰) نشان داد دانش و مهارت آنان که در زمینه تشخیص و درمان اختلالات روانی و رفتاری ناکافی بوده است، پس از آموزش تفاوت کاملاً چشمگیری داشته است. یافته‌های پژوهش حاضر همچنین هماهنگ با یافته‌های پژوهش انجام شده در شهر کرد (شاه محمدی، ۱۳۷۲) می‌باشد که در آنجا نیز تفاوت در پاسخهای بهورزان در پیش آزمون، نسبت به پس آزمون معنی دار بوده است.

ارزیابی نگرش اهالی روستاهای تحت پوشش بهورزان در مرحله پیش از آموزش و پس از آن، از تفاوت‌های پژوهش حاضر با پژوهشهای انجام شده در دیگر نقاط کشور است. در این زمینه، اطلاعات بدست آمده نشان دهنده آن است که آموزش به بهورزان توانسته است در طول دو سال سبب تغییر در نگرش اهالی روستاهای تحت پوشش خدماتی آنان گردیده و همچنین ساعت شناسایی و معرفی بیماران به رده‌های بالاتر بهداشتی گردد. این در حالی است که نتایج ارزیابی نگرش اهالی روستاهای گروه گواه تغییر معنی داری را در پیش آزمون و پس آزمون نشان نداده است.

جمع بندی اطلاعات مربوط به بیماران شناسایی شده

و ارجاعی از سوی بهورزان به رده‌های بالاتر بهداشتی نیز نشان داد که در طول مدت اجرای پژوهش، بهورزان گروه آزمایش توانستند ۱۵۱ بیمار را با تشخیص‌های مختلف از طریق مراکز بهداشتی - درمانی روستایی جهت درمان تخصصی روانپزشکی به درمانگاه هفتگی روانپزشکی هشتگرد معرفی نمایند. ۱۵۱ بیمار معرفی شده از سوی بهورزان از کل جمعیت ۳۴۵۹۰ نفری منطقه هشتگرد که ۴۴٪ درصد کل جمعیت را تشکیل می‌دهد در مقایسه با ۲۳۲ مورد بیمار معرفی شده از سوی چند پیشه‌های آموزش دیده هندی از کل جمعیت ۱۴۶۳۸۰ نفری منطقه مورد بررسی (۱۵٪ درصد کل جمعیت) کمی بیشتر به نظر می‌رسد (مؤسسه ملی بهداشت روانی و علوم عصبی هند، ۱۹۹۰). در پژوهش انجام شده در شهرکرد ۲۴۸ مورد بیمار دارای مشکلات روانپزشکی از کل جمعیت ۲۸۹۰۳ نفر منطقه مورد مطالعه توسط بهورزان ارجاع شدند که حدود ۸۵٪ درصد کل جمعیت می‌شود و این رقم حدود ۲ برابر یافته پژوهش حاضر است (شاه محمدی، ۱۳۷۲)، که در محدودیتها اشاره خواهد شد، احتمالاً ناشی از ضعف مدیریت بهداشتی در منطقه هشتگرد بوده است.

یافته‌های این پژوهش همچنین حاکی از آن است که آموزشهای یاد شده توانسته است در بسیاری از نگرشهای غیر علمی و خرافی، نظیر دخالت ارواح خبیثه در بروز بیماری روانی، واگیر بودن بیماریهایی چون صرع، ترسناک بودن بیماران روانی، مؤثر بودن ازدواج در درمان بیماریهای روانی، غیر قابل درک بودن بیماران روانی و در نهایت درمان ناپذیری بیماران روانی، هم در بهورزان و هم در اهالی روستاهای تحت پوشش آنان، تغییر معنی دار از نظر آماری ایجاد کند.

این پژوهش در اجرا به دلیل ضعف مدیریت بهداشتی در شهرستان و موانع دیگر با مشکلاتی مواجه گردید که ارائه خدمات بهداشت روانی و بیماریابی و ثبت فعالیتها را در سطحی پایین نگهداشت. تجارب و یافته‌های پژوهش

بهداشت روانی در نظام ارائه خدمات بهداشتی اولیه در شبکه شهرضا. دارو و درمان، سال دهم، شماره ۱۱۰. شاه محمدی، داود (۱۳۷۲). گزارش جامع از پروژه تحقیقی ادغام بهداشت روانی در مراکز بهداشتی اولیه در روستاهای شهرکرد. گزارش منتشر نشده. مرکز آمار ایران (۱۳۶۶). سرشماری عمومی نفوس و مسکن، مهرماه ۱۳۶۵. تهران: مرکز آمار ایران.

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

Lordes Ladrado, I. (1983). Primary health care in developing countries (Manila). *VII World Congress of Psychiatry. Vienna (Abstract)*.

Murthy, S. R., Wig, N. N. (1983). A training approach to enhancing mental health manpower in a developing country. *American Journal of Psychiatry*. 140(11), 1486-1490.

National Institute of Mental Health and Neurosciences (1990). *Training of PHC Personal in Mental Health Care Experiences*. Bangalore: NIMHANS.

Sartorius, N. (1987). WHO's new mental health programme. *WHO Chronicle*, 32, 60-62.

Sriram, T. G., Moily, K., Chandrashekar, C. R. Uday Kumar, G. S., Isaac, M. K., Murthy, R. S. (1990). Training of primary health care medical officers in mental health care. *General Hospital Psychiatry*. 12, 384-389.

Shadpour, K. (1994). *The PHC experience in Iran*. Tehran: Ministry of Health and Medical Education and UNICEF.

WHO (1975). Mental health services in the developing countries. *WHO Chronicle*, 29, 331-335.

WHO (1976). Mental health services in Eastern Mediteranean countries. *WHO Chronicle*, 30, 234-239.

دلالت بر آن دارد که ادغام بهداشت روانی باید در مناطقی از شبکه مراقبتهای بهداشتی اولیه صورت گیرد که از مدیریت بهداشتی خوبی برخوردار بوده و کارشناس بهداشت روانی کارآیی لازم داشته باشد. همچنین پزشکان عمومی و کارداناان بهداشتی در پژوهش شرکت داده شوند. اجرای این گونه پژوهشها جهت مناطق شهری و ارزیابی کارآیی و هزینه تأسیس ایجاد درمانگاههای دایم یا هفتگی تخصصی روانپزشکی در شهرهای کوچک از دیگر پیشنهادات پژوهشی می باشد.

قدردانی

در پایان از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران به دلیل پذیرش بخشی از هزینه های پژوهش، از آقایان عیسی کریمی کیسی کارشناس مسئول بخش پژوهش، مجتبی احسان منش کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دکتر داود شاه محمدی روانپزشک و دیگر کارکنان و دستیاران انستیتو روانپزشکی تهران، مرکز روانپزشکی شهید اسماعیلی و مرکز بهداشت شهرستان ساوجبلاغ که در اجرای پژوهش صمیمانه ما را یاری نمودند تشکر می نمایم.

منابع

اداره کل مبارزه با بیماریها (۱۳۶۷). برنامه کشوری بهداشت روانی ایران. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. گزارش منتشر نشده.

بوالهری، جعفر؛ بهفر، محمود (۱۳۶۴). مروری بر ارائه خدمات روانپزشکی کشوری و نظام نوین ارائه خدمات بهداشتی درمانی. پایان نامه تخصصی روانپزشکی. انستیتو روانپزشکی تهران.

بوالهری، جعفر؛ انصاری، ماهرخ (۱۳۷۰). کتابچه راهنمای بهداشت روانی برای کارداناها. تهران: انتشارات بشری.

پزشکی، زهرا؛ بوالهری، جعفر (۱۳۷۳). بررسی نگرش اهالی چند روستای شمال تهران در زمینه بیماریهای روانی، اندیشه و رفتار، سال اول شماره ۳ و ۲.

حسن زاده، سید مهدی (۱۳۷۱). بررسی ادغام خدمات

