

دیدگاه کارشناسان نظام بهداشت و درمان شهرستان اصفهان راجع به نتایج

ادغام بهداشت روان در سیستم بهداشت ایران*

اسدا... شمس^۱، سعید افروغ^۲، مرضیه فتاحی^۳، مرضیه جوادی^۴

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه در جوامع پیچیده‌ی امروزی، ناهنجاری‌هایی به‌عنوان بیماری‌های روانی بیش از پیش خود را نشان داده است. به همین جهت سیستم بهداشت و درمان ایران اصولی را برای پیش‌گیری و درمان بیماری‌های روانی به نام طرح ادغام بهداشت روان در نظام بهداشت کشور در نظر گرفته است. هدف کلی تحقیق حاضر شناسایی دیدگاه کارشناسان نظام بهداشت و درمان از نتایج طرح ادغام بهداشت روان در نظام بهداشتی کشور است.

روش بررسی: این مطالعه از نوع تحلیلی و مقطعی بود. جمعیت مورد مطالعه در این طرح ارايه‌دهندگان خدمات بهداشتی درمانی در سطوح مختلف نظام بهداشت از جمله خانه‌های بهداشت تا سطوح بالا مانند شبکه‌های بهداشت و درمان شهرستان اصفهان در سال ۱۳۸۹ خورشیدی بود و جمعیت مورد مطالعه نیز ۳۰۰ نفر به صورت سرشماری در نظر گرفته شد. پرسش‌نامه‌های تحقیق محقق ساخته و از نوع بسته بود. چهار قسمت ارزیابی میزان موفقیت بهداشت روان، رضایت از آن، آگاهی و نگرش به صورت سؤالات لیکرت پنج‌جوابی و بعضاً دو جوابی تهیه شده است. روایی پرسش‌نامه از طریق مشورت با متخصصین مربوطه و پایایی آن از طریق محاسبه‌ی Cronbach's Alpha ۰/۸۰ درصد پذیرفته شد. تجزیه و تحلیل اطلاعات با استفاده از نرم‌افزار SPSS انجام گردید. اطلاعات توصیفی با شاخص‌های مرکزی آمار (فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار) و اطلاعات تحلیلی با آزمون‌های همبستگی و آزمون‌های کای دو (χ^2) و Keraskalvalis مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: میانگین نمره‌ی چهار مؤلفه‌ی اصلی تحقیق به ترتیب از بالا به پایین عبارت است از؛ نگرش به طرح بهداشت روان با میانگین ($10/80 \pm$)، موفقیت طرح بهداشت روان با میانگین ($17/12 \pm 59/14$)، رضایت از طرح بهداشت روان با میانگین ($20/59 \pm 45/46$) و آگاهی از طرح بهداشت روان با میانگین ($11/61 \pm 20/56$). در بین چهار مؤلفه‌ی اصلی بین آگاهی و نگرش و بین رضایت و موفقیت و در بین گروه‌های مورد مطالعه تنها رضایت از طرح ادغام با سایر متغیرها تفاوت معنی‌داری داشت ($Pvalue < 0/05$).

نتیجه‌گیری: میزان ساعت آموزش کارکنان سیستم مراقبت‌های اولیه‌ی بهداشتی راجع به ادغام بهداشت روان در حد ۲۹ درصد مؤید آن بود که اکثر کارکنان نیازمند آموزش در این زمینه هستند. میانگین نمره‌ی آگاهی نیز با ($11/61 \pm 20/56$) از سایر مؤلفه‌ها (موفقیت، رضایت و نگرش) تا حد نصف کمتر بود که نتایج به دست آمده نیز با فقدان دوره‌ی آموزشی کارکنان هم‌خوانی داشت. بنابراین کارشناسان بهداشت نیاز بیش‌تر به آموزش بهداشت روان دارند.

واژه‌های کلیدی: بهداشت روان؛ مراقبت بهداشتی اولیه؛ کارشناسان

* این مقاله حاصل پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد به شماره‌ی ۲۸۹۱۱۸ و با حمایت مرکز تحقیقات مدیریت و اقتصاد سلامت و معاونت تحقیقات و فن‌آوری دانشگاه علوم پزشکی اصفهان می‌باشد.

۱- استادیار، مدیریت بهداشت با گرایش آموزشی، مرکز تحقیقات مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران (نویسنده‌ی مسؤول)

Email: shams@mng.mui.ac.ir

۲- کارشناس ارشد، فن‌آوری اطلاعات، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران، اصفهان، ایران

۳- دانشجوی کارشناسی، فن‌آوری اطلاعات سلامت، دانشکده‌ی مدیریت و

اطلاعات رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۴- دکتری، مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، مرکز تحقیقات مدیریت و اقتصاد

سلامت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

اصلاح نهایی: ۹۲/۸/۲۵

دریافت مقاله: ۹۲/۴/۵

پذیرش مقاله: ۹۲/۹/۶

ارجاع: شمس اسدا...، افروغ سعید، فتاحی مرضیه، جوادی مرضیه. دیدگاه کارشناسان نظام بهداشت و درمان شهرستان اصفهان راجع به نتایج ادغام بهداشت روان در سیستم بهداشت ایران. مدیریت اطلاعات سلامت ۱۳۹۲؛ ۱۰(۷): ۱۰۴۳-۱۰۳۴.

مقدمه

از نظر تاریخی بهداشت روان را می‌توان یکی از قدیمی‌ترین موضوعات به‌شمار آورد، زیرا بیماری‌های روانی از زمان‌های قدیم وجود داشته است. بقراط در حدود ۴۰۰ سال قبل از میلاد عقیده داشته که بیماران روانی را مانند بیماری جسمی باید درمان کرد. اولین بار فیلسوف مشهور یونانی بود که خرافات را درباره‌ی بیماری‌های روانی کنار گذاشت و اختلالات روانی را به طرف پزشکی کشانید، مالخولیا و جنون زایمانی را تعریف و توصیف کرد و مغز را مرکز اصلی روان دانست. در اوایل قرن ۱۳ و اوایل رنسانس ارتباط جسم و روان و یکپارگی واکنش آن‌ها مورد بحث قرار گرفت و به علاوه فرضیه‌ی ابوعلی سینا مسأله‌ی این ارتباط را به اسپانیا و کشورهای دیگر کشاند و این زمینه‌ای برای فرضیه‌ی جدید برای بیماری‌های روانی تنی شد.

پس از جنگ‌های جهانی و در سال ۱۳۳۷ خورشیدی در سومین کنگره‌ی بین‌المللی بهداشت روان که در لندن تشکیل شد، اساس فدراسیون جهانی بهداشت روان بنیان‌گذاری شد و در همان سال این فدراسیون به عضویت رسمی سازمان یونسکو و سازمان جهانی بهداشت درآمد. به‌طوری‌که این سازمان در ژنو نقش رهبری رسمی فدراسیون جهانی بهداشت روان را به عهده گرفت. از آن تاریخ به بعد هر سال یک جلسه‌ی بین‌المللی و هر چهار سال یک‌بار کنگره‌ی جهانی تشکیل شده و می‌شود. در نتیجه‌ی تلاش و کوشش‌های پیگیر روز ۱۸ فروردین مطابق با هفتم آوریل روز جهانی بهداشت اعلام گردیده و در سراسر جهان مسایل بهداشتی کشورها مورد بررسی قرار می‌گیرد. ضمناً از مسؤولین بهداشتی کشورهای مختلف خواسته شده تا برنامه‌های بهداشت روانی را جزو برنامه‌های بهداشت عمومی قرار دهند (۱). در حالی‌که جهان با شتاب توصیف‌ناپذیری به سوی صنعتی شدن و تحولات عمیق در فن‌آوری در حال حرکت است، کماکان موضوع بیماری‌های روانی و مشکلات روانی و اجتماعی موضوعی اساسی با دورنمایی نه چندان خشنودکننده به حساب می‌آید. توجه به بهداشت روان در سطح جامعه از اهمیت والایی برخوردار است و حتی می‌توان سلامت یک جامعه را از طریق ارزیابی بهداشت روان افراد آن جامعه پیش‌بینی کرد و هم‌چنین هزینه‌ای که کشورهای جهان بابت

درمان بیماری‌های روانی یا مبارزه با برخی ناهنجاری‌ها پرداخت می‌کنند، سهم قابل توجهی از بودجه‌ی کشورها را به خود اختصاص می‌دهد.

طبق بررسی‌های انجام شده توسط سازمان جهانی بهداشت تقریباً ۴۰ درصد افرادی که به مراکز عمومی مراجعه می‌کنند، دارای مشکلات روانی ناشی از استرس‌های زندگی هستند که به صورت علائم جسمی بروز داده و موجبات گمراهی نیروهای بهداشتی را فراهم ساخته و موجب عدم رضایت بیماران نسبت به خدمات بهداشتی درمانی و مراکز ارایه‌ی آن و بالا رفتن هزینه‌های درمانی و بهداشتی خواهد شد. هم‌چنین برطبق گفته‌ی سیاست‌گذاران بهداشتی، مراقبت‌های روان‌پزشکی در مراقبت‌های اولیه بهداشتی (PHC) اندک و ناکافی است (۲).

پیشرفت صنعت و تکنولوژی، قدرت و ثروت را افزایش داده ولی امکان زندگی با آرامش و صلح و اطمینان را از انسان سلب کرده و در حقیقت کیفیت فدای کمیت شده و اعتدال و تناسب کنار رفته و بیماری‌های عصبی روانی و روان‌تنی، جانشین آن شده است. برحسب برآورد بسیار تأسف‌آور سازمان جهانی بهداشت امروزه ۲۵ درصد مردم جهان دچار یکی از انواع اختلالات روانی عصبی رفتاری به جز اعتیاد به مواد مخدر، الکل و سایر موارد مشابه هستند. ناتوانی و از کارافتادگی ناشی از بیماری‌های روانی، اغلب شدید و طولانی است و بار سنگینی بر بیمار، خانواده و جامعه تحمیل می‌کند. بررسی‌ها نشان داده که در طول دو دهه‌ی آینده بیماری‌های روانی به‌عنوان اولویت عمده‌ی بهداشتی کشورهای جهان خواهد بود. به‌طوریکه هم اکنون از ۱۰ بیماری عمده‌ای که سبب ناتوانی می‌شوند، چهار بیماری مربوط به اختلالات روانی است (۱).

در دین مبین اسلام بهداشت روانی از دیر باز مورد توجه مسلمانان نیز بوده است و سرچشمه‌های آن را می‌توان در آیات قرآن و احادیث اهل بیت جستجو نمود. شفابخشی قرآن و راهکارهایی که برای مقابله با فشارهای روحی و تأمین بهداشت روانی انسان بیان کرده، مورد توجه بسیاری از پژوهشگران بهداشت روانی قرار گرفته است (۳). امام علی (ع) در حکمت ۳۸۸ می‌فرماید: آگاه باشید که فقر نوعی بلاست و سخت‌تر از تنگ‌دستی بیماری تن و سخت‌تر از بیماری تن بیماری قلب

است. آگاه باشید که همانا عامل تندرستی تقوای دل است. هم‌چنین در حکمت ۱۹۷ می‌فرمایند: این دلها همانند تن‌ها خسته می‌شوند. برای نشاط آن به سخنان تازه حکیمانه روی بیاورید (۴).

در کشور ایران نیز علی‌رغم آن‌که از زمان محمدبن زکریای رازی و بعد، ابوعلی سینا به بیماران روانی (دیوانگان آن زمان) توجه داشته و برای آن‌ها از دستورات مختلف دارویی و روش‌های گوناگونی هم‌چون تلقین استفاده می‌کردند، ولی به‌طور رسمی در سال ۱۳۳۶ خورشیدی برنامه‌های روان‌شناسی و بهداشت روان از رادیوی ایران آغاز شد و در سال ۱۳۳۸ خورشیدی اداره‌ی بهداشت روانی در اداره کل بهداشت وزارت بهداشتی وقت تشکیل گردید (۱). جمهوری اسلامی ایران که از امضا کنندگان اعلامیه آلماتا در سال ۸ (۱۳۵۷ خورشیدی) بوده است، بهداشت روانی را به‌عنوان نهمین جزو مراقبت‌های بهداشتی اولیه مورد توجه و تأکید قرار داد.

برنامه‌ی ادغام بهداشت روان در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه در ایران به‌عنوان الگویی برای سایر کشورهای منطقه پذیرفته شده است (۵). برنامه‌ی کشوری بهداشت روان در سال ۱۳۶۵ خورشیدی توسط کمیته‌ای تصویب و از آن سال ۱۳۶۷ خورشیدی به مرحله‌ی اجرا گذاشته شد که در آن راهبرد محوری، ادغام خدمات بهداشت روان در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه یا به عبارت دیگر شبکه‌های بهداشتی درمانی کشور بود (۶). به همین دلیل در چهل و چهارمین اجلاس سالانه‌ی وزرای بهداشت کشور منطقه‌ی مدیترانه شرقی در تهران در سال ۱۳۸۰ خورشیدی برنامه‌های بهداشت روان ایران به‌عنوان یکی از بهترین الگوهای موجود شناخته شد (۵). اما از همان ابتدای کار یک نگرانی وجود داشت و آن هم نحوه‌ی اجرایی کردن یکی از اهداف اصلی برنامه یعنی افزایش آگاهی مردم نسبت به مشکلات بهداشت روان بود که این امر بدون آگاهی آرایه دهندگان خدمات نسبت به سلامت روان میسر نمی‌شود، زیرا اگر افراد نگرش منفی نسبت به فعالیت‌های خود داشته باشند و یا آن را بی‌هدف و ناکارآمد بدانند، نمی‌توان انتظار موفقیت در اجرا را داشت (۷).

در طرح ادغام بهداشت روان در سیستم بهداشت کشور، تمرکززدایی در فعالیت‌ها، اولویت دادن به پیش‌گیری، کاربرد سطوح خدماتی و نظام ارجاع، پیگیری مستمر و تأکید بر مراقبت‌های سرپایی تا بستری در بیمارستان از راهبردهای کلیدی این نظام بود. بدیهی است که برای این منظور مکانیسم‌های ذیل در نظر گرفته شد: ساده کردن مفاهیم اساسی بهداشت روان، شناخت نظام شبکه‌ی بهداشتی کشور، استفاده‌ی صحیح از کارکنان بهداشت عمومی، شناخت تأثیر مثبت اجزای بهداشت عمومی بر بهداشت روان و تقسیم وظایف برنامه در سطوح مختلف از جمله خانه و پایگاه بهداشت، مراکز بهداشتی درمانی شهری و روستایی، مرکز بهداشت شهرستان و استان و بیمارستان‌ها به‌عنوان محل آرایه خدمات. برای فعال نمودن خدمات شهری، تأسیس پایگاه‌های بهداشتی و استفاده از رابطین داوطلب بهداشتی پیش‌بینی شده است. این رابطین وظیفه‌ی آموزش، شناسایی خانواده‌ها، جلب مشارکت مردم، تشویق و ارجاع خانواده‌های دارای بیمار به مراکز و پیگیری وضعیت بیماران تحت پوشش را بر عهده دارند (۱).

از نظر سابقه اولین بررسی درباره‌ی ادغام بهداشت روان در سال ۱۳۶۸-۱۳۶۹ خورشیدی توسط شاه محمدی و همکاران در استان چهارمحال و بختیاری انجام شد. نتایج این پژوهش نشان داد که به‌رورزان گروه تجربی بعد از طی دوره‌ی آموزشی از لحاظ میزان آگاهی و نگرش نسبت به مسایل بهداشت روانی و هم‌چنین تعداد بیماران شناسایی شده و میزان صحت تشخیص بیماری، اختلاف قابل ملاحظه‌ای از نظر آماری نسبت به گروه شاهد داشتند، هم‌چنین در این بررسی میزان بیماریابی ۸/۵۸ در هزار بود (۸).

بررسی دیگری توسط ستاد ارزشیابی بهداشت روانی کشور در دفتر مدیترانه‌ی شرقی از سازمان جهانی بهداشت (WHO) صورت گرفت و نتایج نشان داد که در زمینه‌ی آگاهی، به‌رورزان توانستند از ۵۸ نمره‌ی ممکن در آزمون آگاهی ۲۹/۹ نمره و از مجموع ۴۶ نمره‌ی آزمون نگرش، ۳۵/۳ نمره را به‌دست آورند (۹).

پژوهشی با عنوان بررسی سیستماتیک خدمات ادغام بهداشت روان در سیستم مراقبت‌های اولیه بهداشتی بر طبق موارد

همکاران، با هدف بررسی همه‌گیری‌شناسی اختلالات روانی در افراد ۱۸ سال و بالاتر مناطق شهری و روستایی استان همدان انجام شد، نتایج زیر به‌دست آمد:

شیوع اختلالات روان‌پزشکی در استان ۱۱/۲۸ درصد است و شیوع اختلالات اضطرابی و خلقی ۵/۸۷ و ۲/۷۱ درصد، اختلالات پسیکوتیک ۰/۰۶ درصد، اختلالات عصبی‌شناختی ۱/۳۵ درصد و اختلالات تجزیه‌ای ۰/۰۷۵ درصد ذکر شده است و ۸/۱۳ درصد از افراد مورد مطالعه دچار حداقل یک اختلال روان‌پزشکی بوده‌اند (۱۴). هدف کلی تحقیق حاضر شناسایی دیدگاه کارشناسان نظام بهداشت و درمان از نتایج طرح ادغام بهداشت روان در نظام بهداشتی کشور بوده است.

روش بررسی

مطالعه تحلیلی و مقطعی است. در این طرح آرایه دهندگان خدمات بهداشتی درمانی در سطوح مختلف نظام بهداشت از جمله خانه‌های بهداشت، پایگاه‌های بهداشت، مراکز بهداشتی درمانی شهری، مراکز بهداشتی درمانی روستایی و بیمارستان‌های آموزشی و شبکه‌های بهداشت و درمان شهرستان اصفهان که در ارجاع بیماران روانی نقش داشته‌اند، مورد بررسی قرار گرفتند. کارکنانی در این طرح مورد سوال قرار گرفتند که حداقل دو سال تمام با سیستم بهداشت و درمان همکاری رسمی و یا قراردادی داشته‌اند. این افراد شامل کسانی که بیش از دو سال رابطه‌ی آن‌ها با سیستم قطع شده و یا بازنشسته شده‌اند نمی‌باشد. جمعیت مورد مطالعه ۳۰۰ نفر به‌صورت سرشماری برآورد شده است که به علت کمی حجم جامعه از نمونه‌گیری استفاده نشده و از سرشماری استفاده گردیده است. در این تحقیق پژوهشگر موفق گردید از تعداد ۳۰۰ پرسش‌نامه‌ی توزیع شده، تعداد ۲۶۲ پرسش‌نامه‌ی تکمیل شده را دریافت نماید. تاریخ شروع اجرای طرح ۲۰ شهریور ماه ۱۳۸۹ بود که طبق برنامه‌ی آموزشی شبکه‌ی بهداشت ۱ و ۲ شهرستان اصفهان، مطالعه در مکان‌های سالن اجتماعات شبکه‌ی بهداشت شماره‌ی ۱ و ۲ شهرستان، آموزشگاه‌های بهورزی، خانه‌های بهداشت و مراکز بهداشتی درمانی، بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان (فارابی و حضرت نور و علی اصغر (ع)) انجام شد. چهار متغیر

شناسایی بیماریابی انجام شد و به نتایج زیر دست یافت: تعداد موارد شناسایی شده برای اختلالات شدید روانی ۲/۰۴-۰/۰۷ (در هزار نفر) برای اختلالات خفیف روانی ۷/۶-۰/۵، صرع ۳/۹-۰/۵ و عقب‌ماندگی ذهنی ۳/۹۴-۰/۶۴ در هر هزار نفر برآورد شده و در این مطالعه، نشان داد که برنامه روی برخی از بیماری‌های روان مثل عقب‌ماندگی ذهنی عملکرد مؤثرتری داشته، در حالی که در اختلالات خفیف روانی کارآمدی کم‌تری داشته‌اند (۱۰).

در یکی از مطالعات توصیفی با عنوان ارزشیابی حاصل برنامه‌ی بهداشت روان در سطح خانه‌های بهداشت و مراکز بهداشتی درمانی روستایی استان اصفهان که ارزشیابی براساس فرم جمع‌آوری اطلاعات و پرسش‌نامه‌ها طراحی شده بود، این نتایج به‌دست آمد: در رابطه با ارزشیابی آگاهی کارکنان، میانگین نمره‌ی آگاهی بهورزان ۱۰/۵، با انحراف معیار ۲/۶۹، کاردان‌ها ۱۰/۹ با انحراف معیار ۲/۴۳، پزشکان نیز ۱۱/۵ با انحراف معیار ۲/۸۵ و میانگین نمره‌ی آگاهی مردم ۱۳/۴ با انحراف معیار ۳/۷۳ بود (۱۱).

پژوهشی که به بررسی میزان آگاهی، نگرش و عملکرد روان‌پزشکان در مورد بستری اجباری بیماران روانی و قوانین آن در سال ۱۳۸۵ خورشیدی در ایران پرداخت، نشان داد که عواقب کمبود آگاهی در نحوه‌ی عملکرد اکثر روان‌پزشکان به چشم می‌خورد. این یافته‌ها حاکی از نقایص فراوان در قوانین موجود و عدم آموزش روان‌پزشکان کشور در این راستا می‌باشد (۱۲).

بررسی رضایت‌مندی بیماران روانی و خانواده‌هایشان از برنامه‌ی بهداشت روان در مناطق روستایی، نشان داد که ۴۷/۶ درصد از بیماران روانی و خانواده‌ی آن‌ها از نحوه‌ی برخورد بهورزان و ۴۷/۳ درصد از این بیماران از نحوه‌ی آرایه‌ی خدمات در خانه‌ی بهداشت (دارو، پیشگیری، آموزش و ارجاع) راضی بودند. ۵۷/۱ درصد از آن‌ها از نحوه‌ی آرایه‌ی خدمات در مراکز روستایی راضی بودند. ۶۴/۸ درصد از بیماران مراجعه‌کننده به مراکز روستایی از لحاظ نتیجه‌ی درمانی ناراضی بودند (۱۳).

در پژوهشی با عنوان همه‌گیری‌شناسی اختلالات روان‌پزشکی در استان همدان در سال ۱۳۸۰ خورشیدی که توسط محمدی و

- میزان موفقیت اجرای طرح بهداشت روان در نظام مراقبت‌های اولیه بهداشتی یا PHC از نظر آرایه دهندگان خدمات بهداشتی درمانی برحسب میانگین و انحراف معیار در شهرستان اصفهان به ترتیب برای بالاترین موفقیت برابر $(۱۴/۹۷ \pm ۶۶/۹۴)$ از آن خانه‌ی بهداشت و پایین‌ترین موفقیت برابر $(۱۳/۹۷ \pm ۴۸/۷۵)$ و از آن شبکه‌ی بهداشتی و درمان و سایر نمرات به ترتیب از آن مراکز بهداشتی درمانی روستایی، پایگاه‌های بهداشت، بیمارستان‌ها و مراکز بهداشتی درمان شهری بوده است.

- میزان رضایت آرایه دهندگان خدمات بهداشتی درمانی از اجرای طرح بهداشت روان در نظام PHC از نظر میانگین و انحراف معیار در کل آرایه دهندگان خدمات بهداشت و درمان شهرستان اصفهان به ترتیب برای بالاترین رضایت برابر $(۱۵/۶۶ \pm ۵۹/۱۸)$ و از آن پایگاه‌های بهداشت و پایین‌ترین رضایت برابر $(۴/۴۱ \pm ۳۰/۲۰)$ و از آن شبکه‌های بهداشتی درمانی شهرستان و سایر نمرات به ترتیب از آن خانه‌های بهداشت، مراکز بهداشتی درمانی روستایی، بیمارستان‌ها و مراکز بهداشتی درمان شهری بوده است.

- نمره‌ی آگاهی آرایه کنندگان خدمات بهداشتی درمانی درباره‌ی طرح بهداشت روان در نظام PHC برحسب میانگین و انحراف معیار از نظر کل آرایه دهندگان خدمات بهداشت و درمان شهرستان اصفهان به ترتیب برای بالاترین آگاهی از ادغام برابر $(۱۲/۳۹ \pm ۲۷/۸۱)$ و از آن پایگاه بهداشت و پایین‌ترین آگاهی برابر $(۱۱/۰۰ \pm ۱۹/۶۰)$ و از آن خانه‌ی بهداشت و سایر نمرات به ترتیب از آن شبکه‌های بهداشت و درمان شهرستان، بیمارستان‌ها و مراکز بهداشتی درمان روستایی و مراکز بهداشتی درمان شهری بوده است.

- میزان نگرش عرضه کنندگان خدمات بهداشتی درمانی درباره‌ی طرح بهداشت روان در نظام PHC برحسب میانگین و انحراف معیار از نظر کل آرایه دهندگان خدمات بهداشت و درمان شهرستان اصفهان به ترتیب برای بالاترین نگرش به ادغام بهداشت روان برابر $(۸۷/۵ \pm ۵/۸۹)$ و از آن شبکه‌های بهداشت و درمان شهرستان و پایین‌ترین نگرش به ادغام بهداشت روان برابر $(۱۰/۳۸ \pm ۶۱/۵۶)$ و از آن خانه‌های بهداشت و سایر نمرات به ترتیب از آن مراکز بهداشتی درمان شهری، بیمارستان‌ها،

اصلی شامل، آگاهی، نگرش، رضایت و وضعیت موفقیت در اجرایی طرح ادغام بهداشت روان می‌باشد. متغیرها کیفی است اما به جهت امکانات محدود اجرای تحقیق، این متغیرها از کیفی به کمی تبدیل و با پرسش‌نامه مورد اندازه‌گیری قرار گرفت. ابزار تحقیق پرسش‌نامه‌های محقق ساخته و از نوع بسته پاسخ است. چهار قسمت ارزیابی میزان موفقیت بهداشت روان، رضایت از آن، آگاهی و نگرش به صورت سوالات لیکرت پنج جوابی و بعضاً دو جوابی تهیه شده است. روایی پرسش‌نامه از طریق مشورت با متخصصین مربوطه و پایایی آن از طریق Cronbach's Alpha و پس از تصویب و اجازة‌ی اجرای پایلوت محاسبه شد. آلفای به‌دست آمده بالاتر از ۸۰ درصد بود و کل پرسش‌نامه پذیرفته شد. سوالات ضعیف نیز از طریق آزمون مربوطه در نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۱۶ شناسایی و حذف یا اصلاح گردید. تجزیه و تحلیل داده‌ها با شاخص‌های مرکزی آمار (فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار) و اطلاعات تحلیلی با آزمون‌های همبستگی و آزمون‌های کای دو (χ^2) و Keraskalvalis مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

جامعه‌ی مورد مطالعه متشکل از آرایه دهندگان خدمات بهداشت و درمان شهرستان اصفهان به تعداد ۲۶۲ نفر بوده است که از نظر توزیع فراوانی جنسی عبارت از ۷۰ نفر مرد (۲۶/۷۲ درصد) و ۱۹۲ نفر زن (۷۳/۲۸ درصد) بوده است. از نظر شغلی نیز جمعیت مورد مطالعه برحسب درصد متشکل از بهورز (۴۰/۱۵)، کارمند (۷/۶)، بهداشتی (۶/۸)، پزشک (۶/۴)، پرستار (۲۰)، اتاق عمل (۲/۳)، ماما (۰/۸)، امور روانی (۳/۸) و سایرین (۱۲) بوده است. تعداد افراد مورد مطالعه شاغل در مراکز بهداشتی درمانی نیز برحسب درصد عبارت از خانه بهداشت (۳۱/۸)، پایگاه بهداشت (۵/۳)، مراکز بهداشتی درمانی شهری (۹/۸)، مراکز بهداشتی درمانی روستایی (۱۷/۱۴)، بیمارستان (۳۳/۷)، مرکز بهداشت شهرستان یا شبکه (۰/۸)، مرکز بهداشت استان (۰/۴) و سایرین (۰/۴) بوده که از این تعداد ۷۴/۸۰ درصد دوره‌ی آموزش روان را طی کرده و ۲۵/۲۰ درصد دوره ندیده‌اند. نتایج اصول اصلی تحقیق نیز به شرح زیر است:

خود سازگاری نموده و راه‌حل‌های مطلوب‌تری را برای حل مشکلات‌شان انتخاب نمایند.

کارشناسان سازمان جهانی بهداشت سلامت فکر و روان را این‌طور تعریف کرده‌اند که: سلامت فکر عبارت است از قابلیت ارتباط موزون و هماهنگ با دیگران، تغییر و اصلاح محیط فردی و اجتماعی و حل تضادها و تمایلات شخصی به‌طور منطقی، عادلانه و مناسب. در واقع بهداشت روان باعث افزایش ظرفیت فرد برای ابراز محبت، عبور از بحران‌ها بدون کمک یا حمایت خانواده و دوستان، تثبیت موقعیت فردی و اجتماعی و رضایت از زندگی می‌شود. فرد با تعیین اهداف و شناسایی محدودیت‌های واقعی به استقلال خود کمک می‌کند و در نهایت باعث تطبیق و سازگاری باورهای فرهنگی حاکم بر اجتماع خویش می‌شود.

اصلی‌ترین چراغ خطر کجروی‌های اجتماعی در اثر عدم بهداشت روانی، آمار ناهنجاری‌های اجتماعی مانند میزان بیماری‌های خفیف روانی از جمله افسردگی و اضطراب، ترس، نا امنی و بیماری‌های شدید روانی مانند خودکشی، آسیب رساندن به دیگران، قتل، غارت، اعتیاد، مانیک، پارانوئید و از این نمونه‌های اجتماعی مانند طلاق و انحرافات جنسی است. بیماری‌های ارثی و مادر زادی مانند سیکو سوماتیک، صرع، ایبز و امثال این‌ها نیز در این‌گونه جوامع آمار بالاتری را نشان می‌دهد. در ایران نیز علی‌رغم وجود ایمان مذهبی و اثرات سازنده‌ی آن در بهداشت روانی که انتظار می‌رود این‌گونه ناهنجاری‌ها را به حداقل ممکن کاهش دهد، اما آمار خوبی مشاهده نمی‌شود. بنابراین وجود سازمان یا ارگان‌های مسؤول بهداشت روانی جامعه و ارتقا دهنده‌ی آن با هدایت تحقیقاتی مشابه این تحقیق بسیار ضروری است. در زمینه‌ی متغیرهای اصلی تحقیق و مقایسه‌ی آن‌ها با تحقیقات مشابه نتایج زیر به‌دست آمده است.

- با توجه به یافته‌ها بین آگاهی و نگرش آرایه‌کنندگان خدمات بهداشت و درمان، تفاوت معنی‌داری وجود دارد. اما متأسفانه برحسب همبستگی به‌دست آمده و بر خلاف انتظار، رابطه‌ی آن‌ها معکوس و با افزایش یکی دیگری کاهش می‌یابد.

در بررسی سال ۱۳۷۴ خورشیدی که توسط ستاد ارزشیابی بهداشت روانی کشور در دفتر مدیران‌هی شرقی سازمان جهانی

پایگاه بهداشت و مراکز بهداشتی درمان روستایی بوده است. از نظر مقایسه‌ی متغیرها و رابطه‌ی آن‌ها در فرضیات نتایج زیر به‌دست آمد:

۱- در بین کارکنان مرد و کارکنان زن راجع به مؤلفه‌های اصلی مورد بررسی (موفقیت، رضایت، آگاهی و نگرش) تفاوت معنی‌داری ($Pvalue > 0/05$) مشاهده نشد.

۲- در بین مؤلفه‌های اصلی مورد بررسی بین (رضایت و موفقیت) رابطه‌ی معنی‌دار و مثبت وجود داشت ($Pvalue > 0/05$).

۳- در بین مؤلفه‌های اصلی مورد بررسی بین آگاهی و نگرش و بین رضایت و موفقیت تفاوت معنی‌داری ($Pvalue > 0/05$) مشاهده شد.

۴- در بین مؤلفه‌های اصلی مورد بررسی در بین سطوح مختلف بهداشت و درمان تنها رضایت بین کارکنان این سطوح تفاوت معنی‌داری ($Pvalue > 0/05$) داشت.

۵- بین سطوح مختلف شغلی راجع به مؤلفه‌های مورد بررسی (موفقیت، رضایت، آگاهی و نگرش) تنها نگرش و موفقیت بین کارکنان این سطوح تفاوت معنی‌داری ($Pvalue > 0/05$) داشت.

۶- بین سطوح مختلف رشته‌ی کاری کارکنان راجع به مؤلفه‌های مورد بررسی (موفقیت، رضایت، آگاهی و نگرش)، مؤلفه‌های نگرش و موفقیت بین کارکنان این سطوح تفاوت معنی‌داری ($Pvalue > 0/05$) داشت.

۷- از نظر سابقه‌ی کاری بین کارکنان راجع به مؤلفه‌های مورد بررسی (موفقیت، رضایت، آگاهی و نگرش) تفاوت معنی‌داری ($Pvalue > 0/05$) مشاهده نشد.

بحث

بهداشت روان علمی است برای بهتر زیستن و رفاه اجتماعی که تمام زوایای زندگی از اولین لحظات حیات جنینی تا مرگ اعم از زندگی داخل رحمی، نوزادی، کودکی تا نوجوانی، بزرگ‌سالی و پیری را در بر می‌گیرد.

بهداشت روان، دانش و هنری است که به افراد کمک می‌کند تا با ایجاد روش‌هایی صحیح از لحاظ روانی و عاطفی بتوانند با محیط

هم‌خوانی دارد و انتظار موفقیت، رضایت و نگرش به طرح ادغام امری عقلانی محسوب نمی‌شود.

نتایج پژوهش‌های فوق با نتایج حاصل از این طرح نیز در زمینه‌ی آگاهی هم‌خوانی دارد و نشان می‌دهد که در اصفهان آگاهی از طرح بهداشت روان قبلاً پایین بوده و هنوز هم مطلوب نیست و نیاز به آموزش دارد.

با توجه به یافته‌ها رضایت بین کارکنان سطوح مختلف بهداشت و درمان تفاوت معنی‌داری داشت ($Pvalue > 0/05$). نتیجه‌گیری در مؤلفه‌ی رضایت از نظر کارکنان در مراکز مختلف بهداشت و درمان شهرستان اصفهان بدین قرار است که بالاترین نظر راجع به رضایت از طرح ادغام بهداشت روان از آن پایگاه‌های بهداشت و پایین‌ترین آن، از آن شبکه‌ی بهداشت و درمان شهرستان اصفهان بوده است. نتیجه این که می‌توان با استفاده از عوامل موجود در کارکنان راضی‌تر میزان رضایت سایر افراد را افزایش داد.

— سایر اختلافات معنی‌دار بین آرایه دهنندگان خدمات بهداشتی درمانی در بین سطوح آرایه‌ی خدمات بهداشتی درمانی بر مبنای تفاوت مؤلفه‌های اصلی برحسب جنسیت، شغل، سابقه‌ی کار و با توجه به یافته‌ها از بین مؤلفه‌های مورد بررسی (موفقیت، رضایت، آگاهی و نگرش)، علاوه بر آگاهی و نگرش، بین رضایت و موفقیت نیز تفاوت معنی‌داری وجود داشت ($Pvalue > 0/05$). از نظر همبستگی نیز رابطه‌ی بین این دو بر خلاف آگاهی و نگرش از نوع مستقیم به‌دست آمد، یعنی با افزایش رضایت میزان موفقیت بالاتر در نظر گرفته شد. بین سایر مؤلفه‌های اصلی در این آزمون، اختلاف معنی‌داری مشاهده نشد ($Pvalue > 0/05$).

— از نظر جنسی نیز بین مردان و زنان راجع به مؤلفه‌های مورد بررسی (موفقیت، رضایت، آگاهی و نگرش) تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد ($Pvalue > 0/05$).

— از نظر سابقه‌ی کاری نیز بین کارکنان راجع به مؤلفه‌های مورد بررسی (موفقیت، رضایت، آگاهی و نگرش) تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد ($Pvalue > 0/05$).

نتیجه‌گیری

نتایج به‌دست آمده در جمع از نظر کلی برای این طرح بزرگ

بهداشت صورت گرفت، نتایج نشان داد که در زمینه‌ی آگاهی، به‌روزان توانستند از میانگین نمره‌ی آگاهی برابر $51/55$ برحسب 100 و از میانگین نمره‌ای برابر با $76/73$ برحسب 100 برخوردار گردند (۹) که با میانگین نمره‌ی آگاهی این تحقیق ($20/56$) هم‌خوانی ندارد، اما با میانگین نمره‌ی نگرش این تحقیق ($66/73$) هم‌خوانی دارد. در هر دو تحقیق انجام شده، ثابت گردیده که آگاهی از نگرش نسبت به طرح ادغام بهداشت روان پایین‌تر است.

در مطالعات توصیفی دیگری در سال 1381 خورشیدی با عنوان ارزشیابی حاصل برنامه‌ی بهداشت روان در سطح خانه‌های بهداشت و مراکز بهداشتی درمانی روستایی استان اصفهان که ارزشیابی براساس فرم جمع‌آوری اطلاعات و پرسش‌نامه‌ها طراحی شده بود، این نتایج به‌دست آمد: در رابطه با ارزشیابی آگاهی کارکنان، میانگین نمره‌ی آگاهی به‌روزان ($10/5$)، با انحراف معیار ($2/69$)، کارکنانها ($10/9$) با انحراف معیار ($2/43$)، پزشکان نیز ($11/5$) با انحراف معیار ($2/85$) و میانگین نمره‌ی آگاهی مردم ($13/4$) با انحراف معیار ($3/73$) به‌دست آمد. مقایسه‌ی آگاهی در این طرح با تحقیق حاضر نیز نشان می‌دهد که آگاهی به‌روزان ($19/6$)، کارکنان ($27/81$) و پزشکان ($20/73$) در این طرح با طرح قبلی در سال 81 خورشیدی تفاوت دارد و تا حد دو برابر افزایش یافته، اما باز هم از نمره‌ی پایینی نسبت به سایر مؤلفه‌های مورد بررسی برخوردار است (۱۱).

نتیجه این که میانگین نمره‌ی چهار مؤلفه‌ی اصلی به‌ترتیب از بالا به پایین عبارت از نگرش به طرح بهداشت روان ($10/80 \pm$)، موفقیت طرح بهداشت روان ($17/12 \pm 59/14$)، رضایت از طرح بهداشت روان ($20/59 \pm 45/46$) و آگاهی از طرح بهداشت روان ($20/56 \pm 11/61$) می‌باشد. این بدان معنی است که اغلب کارکنان به اجرای طرح در کل معتقدند اما اطلاع کافی از آن ندارند. این مطلب در گزارش مربوط به میزان ساعت آموزش دیده کارکنان در حد 29 درصد و عدم پاسخ $71/2$ درصد از کارکنان مؤید آن است که اکثر کارکنان نیازمند آموزش در این زمینه هستند. میانگین نمره‌ی آگاهی نیز با ($20/56$) از سایر مؤلفه‌ها (موفقیت، رضایت و نگرش) تا حد نصف کمتر است که نتایج به‌دست آمده نیز با دوره‌ی آموزشی ندیدن کارکنان

برای اجرایی کردن آنست. پایین بودن سطح آگاهی در همه‌ی کارکنان نشان می‌دهد که باید همه‌ی آن‌ها را مورد آموزش قرار داد. میزان رضایت بین کارکنان متفاوت و در کل زیر ۵۰ درصد قرار دارد که باید در جهت ارتقای آن کوشید. رابطه‌ی مستقیم بین رضایت و موفقیت، نشانه‌ی خوبی برای ارتقای هر دو در نظام بهداشت و درمان است. آموزش کارکنان در تمام افراد از هر جنس و یا با هر سابقه‌ی کار لازم است. برای آموزش، با شناسایی گروه‌های قوی‌تر به‌عنوان یک فرصت آموزشی می‌توان برای آموزش گروه‌های ضعیف‌تر از آن‌ها استفاده نمود.

کافی نیست. نتیجه‌گیری کلی این‌که در بین خود چهار مؤلفه‌ی اصلی بین آگاهی و نگرش و بین رضایت و موفقیت و در بین گروه‌های مورد مطالعه تنها رضایت از طرح ادغام بین آن‌ها تفاوت معنی‌داری داشت ($Pvalue > 0.05$). لذا می‌توان نتایج این تحقیق را با نتایج تحقیقات مشابه مقایسه نمود و یا با تحقیق در جوامع دیگر اعتبار نتایج به‌دست آمده را برای اجرای مطمئن‌تر مورد بررسی قرار داد و با اطمینان بیشتر آن‌ها را مورد استفاده قرار داد.

پیشنهادها

نگرش بالای کارکنان به طرح ادغام فرصت خوبی برای بالا بردن موفقیت طرح است. موفق دانستن طرح ادغام در بیشتر کارکنان نیز فرصت خوبی

References

- Hatami H, Razavi S, Eftekhari Ardabili H, Mjlesi F. Comprehensive Public Health. 3th ed. Tehran, Iran: Arjmand Pub; 2006. [Book in Persian]
- Bahrami E. Mental health in 21st century and challenges facade to psychology and trainee sciences. Tehran: Tehran University Publication; 2002: 181. [Book in Persian]
- Behjat Pour A, Rezaei Esfahani M, Kalantary E, Nsiri A. Guran subject interpret. Gume, Iran: Maaref Pub; 2005. [Book in Persian]
- Dashti M. Nahjolbalaghe. Gume, Iran: Amiralmoamenin Pub; 2006. [Book in Persian]
- Atef Vahid MK. Mental Health in Iran (Results and Challenges). Social Welfare Quarterly 2004; 4(14): 41-58. [Article in Persian]
- Salehi M, Kelishadi M, Zandieh M, Keshavarz J, Bagheri Yazdi A. Education Influence on woman Healthcare Stakeholder about Mental Health Knowledge and Attitude of Urban Population of Esfahan Province. Iranian Journal of Education in Medical Sciences 2005; 5(2): 111-19. [Article in Persian]
- Omidnia S, Kharaziha Sh, Afsari M, Vares Vazirian M, Jafari F, Ershadi M, et al. Public Education of Mental Health. Tehran, Iran: Shasosa Pub; 2010. [Book in Persian]
- Faraj Pour M, Motamedi H, Bahramnejad A. Knowledge and Attitude of Kerman Health House Worker. Kerman University of Medical Sciences 1999; 6(2): 97-104. [Article in Persian]
- Bageri Yazdi A, Malekafzali H, Shahmohammadi D. Health House Worker and Compulsory Health Stakeholder Performance Evaluate in Mental Health Services in network Primary Health Care of Borojen Health Network System, Chaharmahal and Bakhtiary province. Hakim Research Journal 2001; 4(2): 100-9. [Article in Persian]
- Gharraee B, Shariat V, Mansouri N, Bolhari J, Yousefi R, Rahimi Movaghar A. Case Finding in Integration of Mental Health Services in to Primary Health Care System: Systematic Review of the Studies Conducted in Iran in Recent Two Decades. Iran Journal of Psychiatry 2011; 17(2): 85-98. [Article in Persian]
- Taban H, Zamani AR, Sadegi B. Reveald Evaluaton by Mental Health Program in Health House and Rural Health Center of Esfahan Province. JRMS 2002; 7(2): 108. [Article in Persian]

12. Valipour M, Zargam M, Masoudzadeh A, Khalilian A, Targari A, Mousavi T. Survey Rate of psychiatry's Knowledge and Attitude about Mental Health Obligate Bedridden and there's Roles in Iran at 85 years. Mazanderan University of Medical Sciences Journal 2007; 17(61): 148-60. [Article in Persian]
13. Teyri F, Asgarnejad A, Bolhari J. Satisfication of Patients from Mental Health Programs. Scientific Research Journal of Social Welfare 2006; 4(20): 101-15. [Article in Persian]
14. Mohammadi M, Bageri Yazdi A, Rahgozar M, Mesgarpour B, Babalhavaeji A, Lotfi A, et al. Epidemilogy of Mental Hazard Psychiatric in Hamedan Province in 2001 years. Hamedan University of Medical Sciences Journal 2004; 11(3): 28-36. [Article in Persian]

View Point of Experts of Isfahan Health and Treatment System about Results of assorted Mental Health in Iran Health System*

Asadollah Shams¹; Saeed Afrough²; Marzie Fatahi³; Marzieh Javadi⁴

Original Article

Abstract

Introduction: In today complex society especially our society has been seen as important problems more and more. Therefore, Iranian health and treatment system considered some mental health principle for mental health prevention and treatment. Total goal of this research has been view point of Isfahan health and treatment system about results of assorted mental health in health system.

Methods: Research type was analytical and cross-sectional. Study population was health and treatment workers in different health organizations such as healthcare rural houses, health urban center and health and treatment network in Isfahan province which influence in mental disease at 2010. Population study was 300 individuals by census. Questionnaire was researcher made and blind response. Four variables such as rate of mental health success, there's satisfy, knowledge and attitude of that, were evaluated with five or two responses (Likert scale). Validity with expert consultation and reliability with Cronbach's alpha scale, were confirmed after pilot study because it was upper than 80%. Descriptive data with statistical indices (frequency, percent, mean and standard deviation) and analytical data with suitable hypothesis such as correlation, chi square (χ^2) and kruskal-wallis were analyzed with SPSS16 software.

Results: Mean score of four main variable respectively were as: attitude of mental health program (66.73 ± 10.80), success of mental health program (59.14 ± 17.12), satisfaction of mental health program (45.46 ± 20.59) and awareness of mental health program (20.56 ± 11.61). Analysis between four variables did not show any significant differences. Analysis between all research groups also did not any significant differences. But significant differences only were shown between all research groups about satisfaction of mental health join in health system ($Pvalue < 0.05$).

Conclusion: Revealed results for this big plan did not enough. Hour rate of health worker educated about mental health in primary health system (PHC) was 29 percent. Knowledge mean of mental health program also was 20/56 percent and it was half of other variable mean. It shown that majority of health worker in health system did not have enough knowledge about mental health program. Therefore, they need more education about mental health

Keywords: Mental Health; Primary Health Care (PHC); Experts

Received: 26 Jun, 2013

Accepted: 27 Nov, 2013

Citation: Shams A, Afrough S, Fatahi M, Javadi M. **View Point of Experts of Isfahan Health and Treatment System about Results of assorted Mental Health in Iran Health System.** Health Inf Manage 2014; 10(7): 1043.

* This article is derived from MSc theses (No. 289118), supported by Health Management and Economics Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

1- Assistant Professor, Health Management and Pedagogy, Health Management and Economics Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran (Corresponding Author) Email: shams@mng.mui.ac.ir

2- MSc, Information Technology, Islamic Azad University, Tiran Branch, Isfahan, Iran

3- BSc Students, Health Information Technology, Faculty of Management and Informatics, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

4- PhD, Health Services Management, Health Management and Economics Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran