

ارزشیابی برنامه ادغام بهداشت روان در سامانه مراقبت‌های بهداشتی اولیه ایران

دکتر جعفر بوالهروی¹، دکتر حمیدرضا احمدخانیها²، دکتر احمد حاجبی³، سیدعباس باقری یزدی⁴،
دکتر مرتضی ناصر بخت⁵، عیسی کریمی کیسمی⁶، سیامک طهماسبی⁷

Evaluation of Mental Health Program Integration into the Primary Health Care System of Iran

Jafar Bolhari*, Hamidreza Ahmadkhaniha^a, Ahmad Hajebi^b, Seyed Abbas Bagheri Yazdi^c,
Morteza Naserbakht^d, Issa Karimi-Kisomi^e, Siamak Tahmasebi^f

Abstract

Objectives: The aim of the current study was to evaluate the integration of mental health program into primary health care system. **Method:** In a cross-sectional, quantitative and qualitative study, the knowledge, attitude and performance of 1209 individuals of general population, 146 behvarzes, 35 health technicians and 51 general practitioners from rural health centers of Gilan, Tehran, Meshad, Iran, Kerman and Kermanshah universities of medical sciences who were undercoverage and out of coverage of mental health program in the rural areas of selected centers, were selected by randomized cluster sampling. The data was gathered using knowledge, attitude and performance questionnaires of behvarzes, general population and general practitioners toward mental health, behvarzes' performance on training, following up and referral of mentally patients based on primary health care (PHC) program, knowledge and attitude of general population toward mental illnesses, epilepsy, mental retardation, their causes and treatments, general physicians awareness about treatment, referral and integration of mental health program into PHC, general practitioners' performance of health centers and a semi-structured questionnaire for focus group discussion sessions (FGD). Thirty trained mental health experts from neighborhood of selected provinces, completed questionnaires and analyzed. Descriptive statistics and independent t-test were executed. **Results:** There was significant difference between behvarzes in areas under coverage and out of coverage in knowledge ($p \leq 0.01$) and attitude ($p \leq 0.04$), as well as between general population in areas under coverage and out of coverage in knowledge ($p \leq 0.001$) and attitude ($p \leq 0.001$). Although the knowledge of general practitioners in the coverage areas were high, the findings showed that 34.3% of them had difficulty in diagnosis and 48.6% had problem in treatment of psychotic patients. **Conclusion:** Integration of mental health programs into PHC is an effective and affordable method which with continuous monitoring and evaluation could be lead to valuable results.

Key words: evaluation; integration of mental health; primary health care; Iran

[Received: 19 October 2009; Accepted: 12 October 2010]

چکیده

هدف: هدف پژوهش حاضر، ارزشیابی برنامه ادغام بهداشت روان در سامانه مراقبت‌های بهداشتی اولیه (PHC) بود. **روش:** پژوهش توصیفی - مقطعی حاضر به دو روش کمی و کیفی انجام شد. 1209 نفر از جمعیت عمومی، 146 بهورز، 35 کاردان و 51 پزشک عمومی مراکز بهداشتی - درمانی مناطق زیر پوشش و غیرزیر پوشش بهداشت روان دانشگاه‌های علوم پزشکی گیلان، تهران، مشهد، ایران، کرمان و کرمانشاه، به صورت چندمرحله‌ای و به روش تصادفی مورد بررسی قرار گرفتند. شش پرسش‌نامه آگاهی و نگرش بهورزان در مورد بیماری‌های روانی؛ عملکرد بهورزان در مورد آموزش، بیماریابی، پی‌گیری و ارجاع بیماران مبتنی بر برنامه ادغام بهداشت روان؛ آگاهی و نگرش جمعیت عمومی نسبت به بیماری‌های روانی، صرع و عقب‌ماندگی ذهنی و علل بروز این بیماری‌ها و روش‌های درمانی آنها؛ آگاهی پزشکان عمومی نسبت به درمان، ارجاع و ادغام برنامه بهداشت روان در PHC؛ عملکرد پزشکان عمومی مراکز بهداشتی درمانی و بررسی کیفی در گروه متمرکز برای گردآوری داده‌ها به کار رفتند. داده‌ها با روش‌های آمار توصیفی و آزمون t مستقل تحلیل شدند. **یافته‌ها:** تفاوت دو گروه بهورزان زیر پوشش و غیر زیر پوشش در آگاهی ($p \leq 0/07$) و نگرش ($p \leq 0/04$)، نیز تفاوت دو گروه جمعیت عمومی زیر پوشش و غیر زیر پوشش در آگاهی ($p \leq 0/001$) و نگرش ($p \leq 0/001$) معنادار و میزان بیماریابی بهورزان در خانواده‌های زیر پوشش 8/25 در 1000 نفر جمعیت بود. در حالی که آگاهی بهداشت روان پزشکان عمومی در مناطق زیر پوشش بالا بود، آنان در 34/3 و 48/6 درصد موارد به ترتیب در تشخیص و درمان بیماران روان پریش مشکل داشتند. **نتیجه‌گیری:** ادغام برنامه بهداشت روان در PHC، روشی مؤثر و به صرفه است، که با نظارت و ارزشیابی مستمر، می‌تواند به پیامدهای ارزشمندی بینجامد.

کلیدواژه‌ها: ارزشیابی؛ ادغام بهداشت روان در سامانه مراقبت‌های بهداشتی اولیه؛ ایران

[دریافت مقاله: 1388/7/27؛ پذیرش مقاله: 1389/7/20]

¹ روانپزشک، استاد دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، خیابان ستارخان، خیابان نیایش، خیابان شهید منصور، انستیتو روانپزشکی تهران و مرکز تحقیقات بهداشت روان، دانشگاه علوم پزشکی تهران، دورنگار: 021-66551585 (نویسنده مسئول) E-mail: bolharij@yahoo.com² روانپزشک، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تهران، انستیتو روانپزشکی تهران؛ ³ روانپزشک، استادیار دانشگاه علوم پزشکی تهران، اداره سلامت روان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی؛ ⁴ کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی؛ ⁵ متخصص پزشکی اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، مرکز تحقیقات بهداشت روان، انستیتو روانپزشکی تهران؛ ⁶ کارشناس علوم انسانی، انستیتو روانپزشکی تهران؛ ⁷ دانشجوی دکترای روانشناسی بالینی، انستیتو روانپزشکی تهران.

* Corresponding author: Psychiatrist, Professor of Tehran University of Medical Sciences, Mental Health Research Center, Tehran Psychiatric Institute, Mansoori Alley, Niayesh St., Sattarkhan St., Tehran, Iran, IR. Fax: +9821-66506853. E-mail: bolharij@yahoo.com;
^a Psychiatrist, Associate Prof. of Tehran University of Medical Sciences, Mental Health Research Center, Tehran Psychiatric Institute,
^b Psychiatrist, Assistant Prof. of Tehran University of Medical Sciences, mental health office, Ministry of Health and Medical Education,
^c MA. in Clinical Psychology, Ministry of Health and Medical Education, ^d Specialist in Community Medicine, Tehran University of Medical Sciences, Mental Health Research Center, Tehran Psychiatric Institute, ^e BA. in Humanistic Sciences, Tehran Psychiatric Institute,
^f PhD. Student in Clinical Psychology, Tehran Psychiatric Institute.

مقدمه

در بسیاری از کشورهای جهان، به دلیل توجه بیشتر به اولویت‌های پزشکی - بهداشتی (مانند بیماری‌های عفونی و واگیردار)، بعد روانی بهداشت کمتر مورد توجه قرار گرفته، ابعاد اجتماعی و معنوی آن نیز در بیشتر موارد نادیده گرفته شده است (سازمان جهانی بهداشت¹، 2001). نگاهی به آمار منتشر شده در مورد بار جهانی بیماری‌های روانی، ضرورت توجه به این ابعاد را بیش از پیش نمایان می‌سازد. هماهنگ با برآورد سازمان جهانی بهداشت (WHO)، دانشگاه هاروارد² و بانک جهانی³ در سال 2006، حدود 13 درصد از کل بار بیماری‌ها به علت اختلال‌های روانی بوده، تا سال 2020 به 15 درصد خواهد رسید. میزان ناتوانی ناشی از این اختلال‌ها، بیش از 33 درصد گزارش شده است (مورای⁴ و لویز⁵، 1996). در ایران اختلال‌های روانی، 14/5 درصد از کل بار بیماری‌ها را به خود اختصاص می‌دهد و پس از حوادث، به طور مشترک با بیماری‌های قلبی عروقی، جایگاه دوم را به خود اختصاص داده است. در زنان، افسردگی نخستین و در مردان، اعتیاد سومین دلیل بار بیماری‌ها گزارش شده است (نقوی، و همکاران، 2007). شیوع اختلال‌های روانی در ایران، بر پایه پژوهش انجام شده روی افراد بالای 15 سال (نوربالا، محمد، باقری یزدی و یاسمی، 2001)، در زنان 25/9 درصد و در مردان 14/9 درصد گزارش شده است و در کل 21 درصد افراد نمونه از نوعی اختلال روانی رنج می‌برند.

جمهوری اسلامی ایران هم‌گام با سایر کشورهای جهان، در سال 1365، برای پیش‌برد سطح سلامت جسمی، روانی و اجتماعی افراد، برنامه کشوری بهداشت روان را تدوین کرد. این برنامه به صورت آزمایشی در سامانه مراقبت بهداشتی نخستین⁶ (PHC) شهرکرد (شاه‌محمدی، 1990)، شهرضا (حسن‌زاده، 1992) و هشتگرد (بوالهروی و محیط، 1995) با موفقیت ادغام شد و بررسی‌های پس از آن، اثربخشی و موفقیت ادغام برنامه بهداشت روان در سامانه خدمات بهداشتی را تأیید کردند (محیط، شاه‌محمدی و بوالهروی، 1995؛ بینا، بوالهروی و باقری یزدی، 1997؛ قاضی‌زاده، 1995؛ فرج پور، 1998؛ بوالهروی، بینا، احسان‌منش و کریمی، 1995؛ عبهری، 1998؛ دواساز ایرانی و اخلاصی، 2000؛ باقری یزدی، ملک‌افضلی، شاه‌محمدی، نقوی و حکمت، 2001؛ طبری، اصغرنژاد، بوالهروی و قاضی‌زاده، 2006؛ رزاقی، یاسمی، باقری یزدی، حاجبی و رحیمی موقر، 2006).

در نخستین ارزشیابی برنامه کشوری بهداشت روان، که به وسیله انستیتو روانپزشکی تهران و سازمان جهانی بهداشت انجام شد، 266 خانه بهداشت، 91 مرکز بهداشتی - درمانی روستایی و 737 خانوار بررسی شدند. یافته‌ها نشان داد ادغام برنامه بهداشت روان در سامانه مراقبت‌های بهداشتی نخستین، موجب شناسایی و تحت درمان، مراقبت و پی‌گیری قرار گرفتن بیش از 6000 بیمار روانی در مناطق مورد بررسی شده است. میزان بیماری‌های بهورزان در جمعیت 483465 نفری، 12/59 نفر در هر هزار نفر بوده است. از این میزان 1/15، 2/25، 2/6 و 5/35 نفر در هر هزار نفر به ترتیب مربوط به بیماری‌های شدید روانی، صرع، عقب‌ماندگی ذهنی و بیماری‌های خفیف روانی بوده است (محیط و همکاران، 1995). ارزشیابی عملکرد پزشکان عمومی نیز نشان داد با ادغام بهداشت روان در مراکز روستایی، پزشکان آموزش دیده این مراکز توانایی تشخیص و درمان بیماران روانی مراجعه‌کننده به این مراکز را داشته، تنها 3/2 درصد بیماران به سطوح بالاتر ارجاع شده بودند (بینا و همکاران، 1997). هماهنگ با گزارش دفتر سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت، برنامه کشوری بهداشت روان که با دو اجرای آزمایشی در سال 1367 آغاز شد، در پایان سال 1385، به 314 شهرستان کشور گسترش یافت. هم‌چنین شمار خانه‌های بهداشت زیر پوشش و مراکز بهداشتی - درمانی از سال 1367 تا 1385 به ترتیب از 31 به 15891 و از 9 به 2531 عدد رسید. جمعیت روستایی زیر پوشش برنامه بهداشت روان نیز از 0/3 درصد در سال 1367 به 89 درصد در سال 1385 رسید (باقری یزدی و باشتی، 2007).

ادغام بهداشت روان در PHC در سایر کشورهای جهان مانند کلمبیا، نیجریه، سودان، پاکستان، بنگلادش و هند نشان داده است با کمک پزشکان و کارکنان PHC، می‌توان خدمات بهداشت روان را به طور مؤثر و سودمند ارائه نمود و به افزایش آگاهی و تغییر نگرش افراد جامعه کمک کرد (مورتی⁷، 1996؛ اوکاشا⁸، 1999؛ محیط، 2001؛ ساراچنو⁹، 2001؛ کوهن¹⁰، 2001؛ گرجه¹¹ و لاسیبکان¹²، 2006؛ ساراچنو و همکاران، 2007).

1- World Health Organization

2- University of Harvard

3- World Bank

4- Murray

5- Lopez

6- Primary Health Care

7- Murthy

8- Okasha

9- Saraceno

10- Cohen

11- Gorje

12- Lasebikan

گروهی متمرکز² (با نظرسنجی از استادان و کارشناسان بهداشت روان و دیگر افراد دست‌اندرکار برنامه بهداشت روان) به کار رفت. جامعه آماری پژوهش حاضر را به‌روزان، کاردانا، پزشکان عمومی و کارشناسان بهداشت روان شاغل در شش دانشگاه علوم پزشکی گیلان، ایران، مشهد، کرمان، تهران و کرمانشاه، هم‌چنین خانواده‌ها و افراد زیر پوشش این مراکز بهداشتی - درمانی تشکیل دادند. نمونه‌گیری به‌صورت چندمرحله‌ای انجام شد؛ ابتدا بر پایه داده‌های اداره سلامت روان، دانشگاه‌های زیر پوشش برنامه ادغام بهداشت روان در PHC بر پایه سطح پوشش، به سه گروه با سطح پوشش بالا (90-100 درصد)، متوسط (70-90 درصد) و پایین (کمتر از 70 درصد) تقسیم شدند. سپس از هر گروه دو دانشگاه به‌صورت تصادفی انتخاب شدند: از مناطق با سطح پوشش پایین، متوسط و بالا به ترتیب دانشگاه‌های مشهد و کرمانشاه، کرمان و تهران، و ایران و گیلان. پس از آن از مناطق زیر پوشش هر دانشگاه، سه شهرستان و از هر شهرستان، دو مرکز بهداشتی - درمانی روستایی و از هر مرکز بهداشتی - درمانی روستایی، دو خانه بهداشت انتخاب شد (در هر لایه 24 خانه بهداشت و در کل 72 خانه بهداشت). این مراکز بیش از 263058 نفر را زیر پوشش داشتند. برای گروه کنترل، از مراکز غیر زیر پوشش نمونه‌گیری انجام شد؛ از لایه‌های با پوشش متوسط و پایین چهار دانشگاه، از هر دانشگاه یک شهرستان، از هر شهرستان، سه مرکز بهداشتی - درمانی و از هر مرکز بهداشتی - درمانی، چهار خانه بهداشت (در کل 48 خانه بهداشت) انتخاب شد. در کل داده‌های مربوط به 51 پزشک عمومی، 35 کاردان، 146 به‌روز و 1209 نفر از افراد جامعه بررسی شد.

برای گردآوری داده‌ها شش پرسش‌نامه ارزشیابی کشوری بهداشت روان، تدوین شده در واحد بهداشت روان اداره کل پیش‌گیری و مبارزه با بیماری‌ها (شاه‌محمدی و باقری یزدی، 2000) به کار رفت؛ پرسش‌نامه آگاهی و نگرش به‌روزان در مورد بیماری‌های روانی؛ پرسش‌نامه عملکرد به‌روزان در مورد آموزش، بیماری‌یابی، پی‌گیری و ارجاع بیماران مبتنی بر برنامه ادغام بهداشت روان؛ پرسش‌نامه آگاهی و نگرش جامعیت عمومی نسبت به بیماری‌های روانی، صرع و عقب‌ماندگی ذهنی و علل بروز این بیماری‌ها و روش‌های درمانی آنها؛ پرسش‌نامه آگاهی پزشکان عمومی نسبت به درمان، ارجاع و

هدف کلی برنامه کشوری ادغام بهداشت روان در PHC، تأمین، حفظ و بالابردن سطح سلامت روان افراد جامعه، به‌ویژه در مناطق روستایی و دورافتاده کشور بوده است. با ارزشیابی و بازبینی این برنامه است که می‌توان ضمن توجه به دستاوردها و در نظر گرفتن نیازها و اولویت‌های بهداشت روان کشور، برنامه جامعی تنظیم و تدوین نمود. با گذشت نزدیک به 20 سال از اجرای این برنامه، این پرسش پیش می‌آید که آیا برنامه کنونی، پاسخ‌گوی نیازهای افراد جامعه در مناطق روستایی و شهری هست یا خیر. برنامه‌ای مشابه این برنامه در هیچ‌جای دنیا اجرا نشده است، بنابراین امکان مقایسه با برنامه‌های دیگر کشورها وجود ندارد؛ موردی که از نارسایی‌های برنامه به‌شمار می‌رود. هم‌چنین اگرچه برنامه کشوری بهداشت روان در مدت اجرا، مورد پایش کارشناسان ستادی و استانی قرار داشته است و کارکنان ارایه‌دهنده خدمات، سالانه، مورد آموزش و بازآموزی قرار داشته‌اند، از آنجا که پیش از اجرای برنامه، در بیشتر استان‌ها ارزشیابی‌های پایه‌ای و اصولی انجام نشده است، پژوهش حاضر با هدف ارزشیابی برنامه کشوری ادغام بهداشت روان در PHC و ارایه راه کارهای مناسب برای بهبود آن انجام شد. هدف‌های اختصاصی بررسی حاضر عبارت است از: 1- تعیین شاخص‌های عملکرد کارکنان بهداشتی شاغل در برنامه (به‌روز، کاردان بهداشتی، پزشک عمومی و پزشک دو ماه دوره‌دیده روانپزشکی) و سطح تخصصی مورد نیاز بر پایه وظایف مصوب در برنامه کشوری بهداشت روان؛ 2- تعیین عملکرد کارکنان بهداشتی شاغل در برنامه (به‌روز، کاردان بهداشتی، پزشک عمومی و پزشک دو ماه دوره‌دیده روانپزشکی) بر پایه وظایف مصوب در برنامه ادغام بهداشت روان در PHC؛ 3- تعیین میزان آگاهی و نگرش به‌روزان، پزشکان، افراد جامعه و افراد خانواده بیماران مبتلا به اختلال‌های روان‌شناختی در مورد بهداشت روان در مناطق روستایی زیر پوشش و 4- تعیین روند گسترش و تغییر شاخص‌های بهداشت روان در برنامه ادغام بهداشت روان در PHC.

روش

پژوهش توصیفی - مقطعی¹ حاضر به‌صورت کمی و کیفی انجام شد؛ در بخش کمی روش پژوهش توصیفی - مقطعی، ارزشیابی و مقایسه مورد - شاهد و در بخش کیفی روش بحث

1- cross-sectional descriptive

2- Focused Group Discussion

هم‌زمان با تکمیل پرسش‌نامه‌های کمی، 12 جلسه بحث گروهی متمرکز، با هدف بررسی چگونگی اجرای برنامه ادغام، تناسب دستورالعمل‌های موجود، آموزش و بازآموزی، سامانه ثبت داده‌ها و شیوه گزارش‌دهی و پایش، و با حضور دست کم 10 نفر از افراد کلیدی از دانشگاه‌های مورد بررسی انجام شد. در این جلسه‌ها، پرسش‌هایی در مورد برنامه ادغام، نیازهای بهداشت روان، اولویت‌ها و شاخص‌های ارزشیابی برنامه و نقاط قوت و ضعف آن بیان و پیرامون آن‌ها بحث شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با کمک نرم‌افزار SPSS-15⁵ و به روش آمار توصیفی و آزمون t مستقل انجام شد. داده‌های کیفی نیز تحلیل محتوا شد.

یافته‌ها

جدول 1 داده‌های مربوط به عملکرد بهورزان در یک سال گذشته را نشان می‌دهد. بررسی نشان داد فرم پی‌گیری در مورد بیماران شناسایی‌شده، در 85/3 درصد موارد در پرونده خانوار وجود داشت؛ در 59/8 درصد موارد، برگه‌های پسخوراند ارجاع در خانه بهداشت نگهداری شده و در 85/3 درصد موارد، فرم گزارش ماهانه، روز سوم هر ماه، به مرکز بهداشتی درمانی ارسال شده بود. شمار جلسه‌های آموزشی بهداشت روان برگزار شده به وسیله بهورزان، برای خانوارهای زیر پوشش، نسبت به کل جلسه‌های آموزشی بهورزان در مدت شش ماه فعالیت هر فرد، 37/5 درصد بود.

ادغام برنامه بهداشت روان در PHC؛ پرسش‌نامه عملکرد پزشکان عمومی مراکز بهداشتی - درمانی و پرسش‌نامه بررسی کیفی در گروه متمرکز. این پرسش‌نامه‌ها بر پایه متون آموزشی کارکنان سطوح مختلف ارایه خدمات تدوین شده‌اند. بیشینه نمره آگاهی و نگرش افراد جامعه و آگاهی و نگرش بهورزان، به ترتیب 23، 11، 87 و 17 بود.

ابتدا برای تأیید اعتبار صوری¹ و محتوایی² پرسش‌نامه‌ها به وسیله کارشناسان و استادان دانشگاه‌ها بررسی شدند و برخی گویه‌ها مورد تجدیدنظر قرار گرفت. سپس برای بررسی پایایی بازآزمایی³ پرسش‌نامه‌ها، پیش‌پژوهشی⁴ در مناطق روستایی شهرستان کرج انجام شد؛ پایایی بازآزمایی دوهفته‌ای برای بخش‌های گوناگون پرسش‌نامه‌ها، شامل آگاهی بهورزان، نگرش بهورزان، آگاهی کاردانا، نگرش کاردانا، آگاهی جمعیت عمومی، نگرش جمعیت عمومی و آگاهی پزشکان به ترتیب 0/83، 0/78، 0/87، 0/83، 0/69، 0/66 و 0/94 به دست آمد. میان میانگین‌های خرده‌مقیاس‌های نام‌برده در بالا در دو مرتبه سنجش (آزمون و بازآزمون) تفاوتی وجود نداشت. پرسش‌گرها کارشناس یا کارشناس ارشد روانشناسی آموزش دیده و در موارد کیفی، متخصص پزشکی اجتماعی بودند. دارا بودن دست کم پنج سال سابقه آشنایی با بهداشت روان و فعالیت در برنامه ادغام بهداشت روان در دانشگاه‌های هم‌جوار مناطق مورد بررسی از ویژگی‌های پژوهشگران بود.

جدول 1- داده‌های مربوط به عملکرد بهورزان در مناطق زیر پوشش، در یک سال گذشته به تفکیک دانشگاه

دانشگاه علوم پزشکی	تعداد بهورز	جمعیت زیر پوشش	بیماران شناسایی شده	میزان بیماریابی (در 1000 نفر جمعیت)	بیماران دارای پرونده فعال	بیماران دارای پرونده فعال (در 1000 نفر جمعیت)
گیلان	19	16032	179	11/2	170	10/6
تهران	19	18440	88	4/8	69	3/7
مشهد	16	11624	132	11/3	127	10/9
ایران	17	28717	182	6/3	205	7/1
کرمانشاه	14	14189	65	4/6	64	4/5
کرمان	17	15675	177	11/3	165	10/5
جمع	102	104677	823	8/25	800	7/6

1- face validity 2- content validity
3- test-retest reliability 4- pilot study
5- Statistical Package for the Social Science- version 15

در بازدیدهای خود از خانه‌های بهداشت زیر پوشش، برای بهورزان جلسه‌های بازآموزی برگزار کرده بودند. داده‌های مربوط به مقایسه میانگین آگاهی و نگرش کاردندان بهداشتی زیر پوشش و غیر زیر پوشش، نشان‌گر آگاهی و نگرش مناسب آنان بود.

در بخش کیفی و در پاسخ به این پرسش که «آیا سامانه PHC بستر مناسبی برای ادغام برنامه بهداشت روان است؟»، بیشتر شرکت‌کنندگان بر این باور بودند که PHC به دلایل پذیرش آسان، سازوکار اجرایی مناسب و مؤثر بودن سامانه، بستر مناسبی برای اجرای برنامه بهداشت روان است، ولی به کاربستن پیشنهادهای به‌دست آمده از ارزشیابی‌های پیشین، نبود یک برنامه مدون اجرایی و آموزشی، تناسب‌نداشتن محتوای آموزشی با نیازهای کنونی جامعه و حمایت‌نکردن مسئولان از آن، نیاز به بازنگری اساسی دارد.

پرسش «گروه‌های هدف برنامه بهداشت روان باید چه کسانی را شامل شود؟»، این پاسخ‌ها را در پی داشت: کودکان، نوجوانان، جوانان و افراد ساکن در شهرها و حاشیه شهرها، از گروه‌های آسیب‌پذیر هستند که باید به آنها پرداخته شود.

در پاسخ به پرسش «نیازهای بهداشت روان در سطوح مختلف کدامند و چه اختلال‌هایی باید در اولویت قرار گیرند؟»، نیازهای ارابه‌کنندگان و دریافت‌کنندگان خدمات، با در نظر گرفتن برنامه‌های پیش‌گیری نخستین، دوم و سوم مورد بحث و اعتیاد، افسردگی، اختلال‌های رفتاری کودکان، اضطراب، اختلال‌های روان‌رنجوری و خودکشی در اولویت قرار گرفت.

در پاسخ به پرسش «شاخص‌های ارزشیابی برنامه ادغام بهداشت روان در PHC کدامند؟»، شاخص‌های پوششی، رضایت‌مندی، دسترسی، ارجاع، آموزش، گزارش‌دهی و خدماتی بیان شد.

پاسخ به پرسش «با توجه به ضعف PHC در شهرها، برای ارابه‌خدمات سلامت روان در شهرها چه باید کرد؟»، مشارکت دادن بخش خصوصی، به‌کارگرفتن امکانات و خدمات مؤسسه‌های دولتی و غیردولتی، ایجاد و تقویت مراکز مشاوره و بهداشت روان جامعه‌نگر و فعال کردن رابطان داوطلب را در پاسخ داشت.

میانگین (و انحراف معیار) آگاهی بهورزان زیر پوشش (n=102) و غیر زیر پوشش (n=44) به ترتیب 70 (13/5) و 61 (22/5) و در مورد نگرش به همان ترتیب 15/9 (1/5) و 15/3 (2/1) بود. تفاوت دو گروه بهورزان زیر پوشش و غیر زیر پوشش در آگاهی (t=2/7, df=144, p≤0/01) و نگرش (t=2/1, df=144, p≤0/04) معنادار بود.

21/5 درصد جمعیت عمومی سابقه بیماری روانی را گزارش و 63/5 درصد بیان کردند آموزش‌های لازم در مورد بیماری‌های روانی را از بهورز دریافت نموده‌اند. میانگین (و انحراف معیار) آگاهی جمعیت عمومی زیر پوشش (n=801) و غیر زیر پوشش (n=408) به ترتیب 20/5 (2/6) و 19/4 (3/1) و در مورد نگرش به همان ترتیب 8/6 (1/6) و 7/9 (1/8) بود. تفاوت دو گروه جمعیت عمومی زیر پوشش و غیر زیر پوشش در آگاهی (t=7/86, df=1207, p≤0/001) و نگرش (t=6/60, df=1207, p≤0/001) معنادار بود.

97/1، 42/9 و 25/7 درصد پزشکان عمومی، به ترتیب در مدت تحصیل خود، کارورزی بخش روانپزشکی؛ آموزش بهداشت روان در شروع کار و دوره بازآموزی بهداشت روان را گذرانده بودند. به‌طور متوسط 50 ماه اشتغال به کار و 30 ویزیت روزانه داشتند و در کنار سایر خدمات بهداشتی - درمانی، خدمات بهداشت روان را به 1126 بیمار روانپزشکی در جمعیت زیر پوشش ارابه کرده بودند. به نظر ایشان، 26/5 درصد مراجعان سرپایی، از مشکلات روانی رنج می‌برند. هماهنگ با گزارش پزشکان، برای درمان بیماران در 57/1 درصد موارد شرح حال گرفته شده و در 65/7 درصد موارد وضعیت بیماران پی‌گیری و بر فعالیت بهورزان نظارت شده است. پزشکان هم‌چنین در 60 درصد موارد، اصل مونوتراپی¹ را در درمان بیماران رعایت کرده بودند. آنها در تشخیص روان‌پریشی‌ها و اختلال‌های رفتاری دوران کودکی؛ روان‌رنجوری‌ها و صرع، هم‌چنین درمان روان‌پریشی‌ها؛ اختلال‌های رفتاری دوران کودکی؛ صرع و روان‌رنجوری‌ها به ترتیب در 34/3، 11/4، 2/9، 48/6، 37/1 و 7/5 درصد موارد مشکل داشتند. ارجاع به روانپزشک پس از نخستین ویزیت نیز در مورد روان‌پریشی‌ها، صرع، اختلال‌های رفتاری دوران کودکی و روان‌رنجوری‌ها به ترتیب در 65/7، 31/4، 25/7 و 11/4 درصد موارد گزارش شد.

56/7 درصد کاردندان مراکز زیر پوشش، دوره آموزشی بهداشت روان را در شروع کار گذرانده و 73/3 درصد آنها

بحث

هدف پژوهش حاضر ارزشیابی برنامه کشوری ادغام بهداشت روان در PHC بود. یافته‌ها نشان داد 37/5 درصد فعالیت‌های آموزشی به‌روزان مربوط به بهداشت روان بود و جلسه‌های آموزشی بسیاری نیز به‌وسیله کاردانان یا پزشکان عمومی برای کارکنان زیر پوشش یا جمعیت عمومی تشکیل شده بود. در کل یافته‌ها نشان‌گر موفقیت برنامه ادغام بهداشت روان در PHC بود و همان‌گونه که کارشناسان باتجربه و متخصصان در بحث‌های گروهی متمرکز تأکید داشتند، می‌توان با رفع نارسایی‌های موجود در زمینه پشتیبانی و پایش، و ارایه دستورالعمل‌های مشخص اجرایی در مورد چگونگی ارایه بهتر خدمات بهداشت روان به جامعه روستایی به‌وسیله به‌روزان، دستاوردهای بهتری را انتظار داشت.

در پژوهش حاضر میزان بیماران شناسایی شده به‌وسیله به‌روزان در مناطق زیر پوشش، 8/25 در هزار نفر به‌دست آمد. این یافته از میزان به‌دست آمده در ارزشیابی کشوری بهداشت روان در سال 1374، یعنی 12/6 در هزار نفر جمعیت (بواله‌ری و محیط، 1995) پایین‌تر است، ولی با یافته پژوهش شاه‌محمدی (1990) و حسن‌زاده (1992) نزدیک و هم‌سو است. به نظر می‌رسد محدودیت جامعه مورد بررسی در پژوهش حاضر، دلیل ناهم‌خوانی یافته‌ها با ارزشیابی بهداشت روان کشوری سال 1374 باشد. در بحث‌های گروهی متمرکز، حجم بالای کاری، کاربرد پرسش‌نامه کوتاه بیماریابی، کمبود متون کمک آموزشی، به‌کارنبردن ابزارهای مناسب تشویق و ضعف نظارتی کاردانان و پزشکان مراکز، از دلیل‌های پایین‌بودن میزان بیماریابی به‌روزان برشمرده شد.

یکی از وظایف به‌روزان در برنامه کشوری بهداشت روان، ارجاع بیماران بر پایه کاربرد فرم ارجاع و پی‌گیری بیماران بر پایه برگه‌های پس‌خوراند از مراکز بالاتر است. یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد با وجود ارجاع بیماران به‌وسیله به‌روزان به پزشکان مراکز بهداشتی، تنها در 59/8 درصد موارد، فرم پس‌خوراند برگه‌های ارجاع در خانه‌های بهداشت وجود داشت. هماهنگی با بحث‌های کیفی، نبود برگه‌های پس‌خوراند ارجاع را می‌توان به ضعف سامانه ارجاع، در دسترس نبودن روانپزشکان در بعضی شهرها و همکاری نداشتن آنها با سامانه PHC نسبت داد.

آگاهی و نگرش به‌روزان در پژوهش حاضر را می‌توان نسبت به بررسی‌های پیشین (برای نمونه بواله‌ری و همکاران،

1995) در سطح خوب ارزیابی کرد. هم‌چنین میزان آگاهی و نگرش به‌روزان در مناطق زیر پوشش بیشتر از مناطق غیر زیر پوشش بود، که می‌تواند ناشی از اجرای برنامه ادغام بهداشت روان در PHC و آموزش مستمر و نظارت مسئولان مراکز بر عملکرد به‌روزان در مناطق زیر پوشش باشد.

هم‌سو با یافته‌های دیگر پژوهش‌ها (شاه‌محمدی، 1990؛ باقری‌یزدی و همکاران، 2001؛ بواله‌ری و محیط، 1995؛ طبری و همکاران، 2006)، نمره آگاهی و نگرش جمعیت عمومی بالاتر از میانگین بود. وجود تفاوت معنادار در آگاهی و نگرش جمعیت عمومی زیر پوشش و غیر زیر پوشش را می‌توان از پیامدهای تأثیر آموزش به‌روزان و پزشکان عمومی شاغل در مراکز بهداشتی - درمانی دانست.

همان‌طور که بیان شد 97/1، 42/9 و 25/7 درصد پزشکان عمومی به‌ترتیب آموزش روانپزشکی در دوره کارورزی، آموزش بهداشت روان در شروع کار و دوره بازآموزی بهداشت روان را گذرانده بودند. این یافته بیان‌گر آن است که تلاش مسئولان در مورد الزام گذراندن دوره کارورزی روانپزشکی ثمر داده است، به‌طوری‌که تقریباً همگی پزشکان شاغل در مراکز زیر پوشش دوره رسمی روانپزشکی را گذرانده بودند.

پایین‌بودن میزان آگاهی پزشکان در تشخیص و ناتوانی در درمان بعضی از اختلال‌های روانی، که با یافته‌های دیگر پژوهش‌ها (شاه‌محمدی، 1990؛ حسن‌زاده، 1992؛ بواله‌ری و محیط، 1995؛ بینا و همکاران، 1997؛ شاه‌محمدی، 2002؛ مورتی، 1996؛ سازمان جهانی بهداشت، 2008؛ گرجه و لاسیکان، 2006) هم‌سو بود، هم‌چنین معنادار نبودن تفاوت میانگین نمره آگاهی و نگرش پزشکان مناطق زیر پوشش و غیر زیر پوشش برنامه بهداشت روان، مؤید این نکته است که بیشتر پزشکان با دانسته‌های پیشین خود به پرسش‌ها پاسخ داده‌اند و آموزش محدود در مدت سابقه کاری آنها، تأثیر چندانی بر میزان آگاهی آنها نداشته است. هم‌چنین پایین‌بودن میزان آگاهی پزشکان را می‌توان به دلایلی چون برگزاری نداشتن دوره‌های بازآموزی مستمر و در دسترس نبودن دستورالعمل‌های درمانی و تشخیصی مشخص نسبت داد. برای رفع این مشکل، ضرورت تدوین دستورالعمل‌های تشخیصی کاربردی و کتاب‌های کمک آموزشی در زمینه تشخیص، درمان و پیش‌گیری از اختلال‌های روانی در جلسه‌های بحث گروهی مورد اشاره قرار گرفت.

framework of PHC system in Brojen City, Chaharmahal and Bakhtiari province. *Hakim*, 4(2), 100-109. (Persian)

Bagheri Yazdi, S. A., Bashti, S. (2007). *Comprehensive report of national mental health programs of Iran after 20 years of experiences*. Tehran: Ministry of Health and Medical Education of Iran. (Persian)

Bina, M., Bolhari, J., & Bagheri Yazdi, S. A. (1997). Evaluation of the efficiency of general practitioners in Iranian rural mental health centers in 1995. *Teb va Tazkie*, 7(25), 7-12. (Persian)

Bolhari, J., & Mohit, A. (1995). Integration of mental health into primary health care in Hashtgerd. *Andeeshe va Rafter (Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology)*, 2(1&2), 16-24. (Persian)

Bolhari, J., Bina, M., Ehsanmanesh, M., & Karimi, E. (1995). Study of knowledge, attitude and performance of behvarzes. *Andeeshe va Rafter (Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology)*, 3(1&2), 4-12. (Persian)

Cohen, A. (2001). *The effectiveness of mental health services in primary care: The view from the developing world*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

Davasaz Irani, R., & Ekhlasi, A. K. (2000). *Descriptive report of integration of mental health into PHC of Khouzestan province*. Iran, Ahvaz: Ahvaz secretary for health affairs publication. (Persian)

Farajpour, M. (1998). *A knowledge, attitude and performance study of behvarzes on mental disorders in Kerman city after 6 years of integration*. MD thesis, psychiatry, Kerman university of medical sciences, Kerman, Iran. (Persian)

Ghazizadeh, A. (1995). *The costs benefit analysis of patients being under treatment of mental health programs in PHC*. Ph.D. thesis, health management, Islamic Azad university of Tehran, Tehran, Iran. (Persian)

Gorje, O., & Lasebikan, V. O. (2006). Use of mental health services in a developing country. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41, 44-49.

Hassanzadeh, M. (1992). Evaluation of integration of mental health into Shahreza City health centers. *Daru va Darman*, 10(11), 15-20. (Persian)

Mohit, A., Shahmohammadi, D., & Bolhari, J. (1995). Independent evaluation of Iranian national mental health programs. *Andeeshe va Rafter (Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology)*, 3(3), 4-16. (Persian)

اگرچه در پژوهش حاضر، آگاهی و نگرش کارداناان بهداشتی بالا بود، معنادار نبودن تفاوت دو گروه در مناطق زیر پوشش و غیر زیر پوشش را می توان به عواملی چون ضعف آموزش و مشکلاتی در اعتبار و پایایی ابزارها نسبت داد. این یافته با یافته های دیگر پژوهش ها (بوالهروی و محیط، 1995؛ طیری و همکاران، 2006) هم خوان بود.

با توجه به یافته های پژوهش حاضر می توان گفت ادغام بهداشت روان در PHC هنوز یک اولویت بسیار مهم بهداشتی جامعه ایران است، بنابراین از برنامه ریزان و مسئولان مربوطه انتظار می رود این مهم را به عنوان یک اولویت بهداشتی مورد نظر قرار دهند. تجدیدنظر برنامه کشوری بهداشت روان، توسعه برنامه، تدوین دستورالعمل های مشخص، اجرای بازآموزی ها و بازنگری و تدوین منابع آموزشی جدید برای کارکنان ارائه کننده خدمات در سطوح مختلف، از اقدامات پیشنهادی دیگر است. تداوم ارزشیابی به وسیله متخصصان داخلی، هر پنج سال یک بار و متخصصان بیرونی، هر 10 سال یک بار، یک نیاز اساسی است و می بایست برای اجرایی شدن آن، برنامه ریزی جامع و مداومی انجام شود. نپرداختن به شاخص های پیامد، مانند رضایت مندی و کیفیت زندگی دریافت کنندگان خدمات، نقطه ضعف پژوهش حاضر بود، که پیشنهاد می شود در پژوهش های آتی مورد نظر قرار گیرد.

سپاسگزاری

از اداره کل سلامت روانی - اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی برای تأمین بودجه پژوهش حاضر، هم چنین از معاونان محترم بهداشتی، پزشکان، کارشناسان، کارداناان و بهورزان دانشگاه های مجری طرح و جمعیت عمومی مورد بررسی، برای همراهی ارزشمندشان، صمیمانه قدردانی می شود.

[بنا به اظهار نویسنده مسئول مقاله، تعارض منافع وجود نداشته است].

منابع

Abhari, M. (1998). Descriptive report of integration of mental health into PHC of Savojbalagh district. *Andeeshe va Rafter (Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology)*, 4(3), 29-40. (Persian)

Bagheri Yazdi, S. A., Malekafzali, H., Shahmohammadi, D., Naghavi, M., & Hekmat, S. (2001). Evaluation of function of auxiliary health workers (behvarz) and health volunteers in mental health care delivery in the

- Mohit, A. (2001). Mental Health in the Eastern Mediterranean Region of the world Health organization with a view of the future trends. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 7(3), 353-362.
- Murray, C., & Lopez, A. (1996). *Global burden of diseases* (Translated by P. Shadpour). Iran, Tehran: Ministry of Health & UNICEF Publication. (Persian)
- Murthy, S. (1996). Mental health programs in Iran (translated by D. shahmohammadi, S. A. Bagheri Yazdi, & H. Layeghi). *Andeeshe va Rafter (Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology)*, 7(4), 14-24. (Persian)
- Naghavi, M., Abolhassani, F., Pourmalek, F., Jafari, N., Moradilake, M., Eshrati, B., Mahdavihazaveh, N., Kazemeini, H., Tehranibanihashemi, S. A., & Shoaie, S. (2007). The global burden of diseases in Iran in 2002. *Journal of Iran Epidemiology*, 4(2), 1-19. (Persian)
- Noorbala, A. A., Mohammad, K., Bagheri-Yazdi, S. A., & Yasami, M. T. (2001). The mental health situation of adult population in Iran. *Hakim*, 5(1), 1-10. (Persian)
- Okasha, A. (1999). Mental health services in the Arab world. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 5(2), 223-230.
- Razzaghi, E. M., Yasamy, M. T., Bagheri Yazdi, S. A., Hadjebi, A., & Rahimi-Movaghar, A. (2006). *WHO-AIMS report on mental health system in Iran*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- Saraceno, B. (2001). Mental health in EMRO: The future is now. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 7(3), 332-335.
- Saraceno, B., Ommeren, M. V., batniji, R., Cohen, A., Gurje, O., Mahaney, J., Seridhar, D., & Underhill, C. (2007). Barriers to improvement of mental health services in low-income and middle-income countries. *The Lancet*, 370, 1164-1174.
- Shahmohammadi, D. (1990). *Comprehensive report of research project on the integration of mental health in primary health care in Shahr-e-Kord villages*. Iran, Teheran: Ministry of Health and Medical Education. (Persian)
- Shahmohammadi, D. (2002). Necessity of revision of national mental health programs. *Andeeshe va Rafter (Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology)*, 7(4), 39-40. (Persian)
- Shahmohammadi, D., & Bagheri Yazdi, S. A. (2000). *Instruments for evaluation of national mental health programs in Iran*. Iran, Tehran: Control Disease Department, Mental Health Office. (Persian)
- Teiri, F., Asgarnejad, M., Bolhari, J., & Ghazizadeh, A. (2006). Evaluation of integration of mental health into Sanandaj City health centers. *Andeeshe va Rafter (Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology)*, 12(4), 403-409. (Persian)
- World Health Organization. (2001). *The World health report: Mental health, new understanding, and new hope*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- World Health Organization (2008). *Integrating mental health into primary care: A global perspective*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.