

ارزشیابی حاصل برنامه بهداشت روان در سطح خانه‌های بهداشت و مراکز بهداشتی درمانی روستائی استان اصفهان سال ۱۳۷۹*

دکتر حبیب‌الله تابان^۱، دکتر احمد رضا زمانی، دکتر بهمن صادقی

چکیده مقاله

مقدمه. پس از گذشت یک دهه از ادغام برنامه بهداشت روان در سیستم مراقبت‌های اولیه بهداشتی کشور و تأثیر مستقیم و غیرمستقیم آن بر روند توسعه کشور لازم بود بررسی جامعی از برنامه به عمل آمده و نقاط قوت و ضعف آن مشخص گردد. لذا بر این اساس مطالعه حاضر در زمینه ارزشیابی حاصل برنامه بهداشت روان در زمینه بیماریابی، ارجاع، پیگیری بیماران و میزان آگاهی و نگرش کارکنان و مردم تحت پوشش برنامه انجام گرفت.

روشها. مطالعه از نوع مطالعات توصیفی و در قالب مطالعات ارزشیابی در استان اصفهان در سطح خانه‌های بهداشت و مراکز بهداشتی درمانی روستایی با نمونه‌گیری تصادفی ساده بوده است. ارزشیابی بر اساس فرم جمع‌آوری اطلاعات و پرسشنامه‌های طراحی شده بود. حجم نمونه معادل ۵۵۰ نفر از جمعیت روستاهای تحت پوشش و ۶۳ نفر بهورز و ۳۰ نفر پزشک و ۳۰ نفر کارکنان در سطح ۵۰ خانه بهداشت و ۳۰ مرکز بهداشتی درمانی روستائی در شبکه بهداشتی درمانی بوده است.

نتایج. بر اساس نتایج حاصل از این مطالعه بیماریابی در سطح استان ۲۴/۶ درصد سطح استاندارد و ارجاع از سطح یک به دو ۹۹ درصد و ارجاع از سطح دو به سه ۴۱ درصد و پیگیری بیماران ۵۸ درصد میزان مورد انتظار برآورد شده است. همچنین میانگین نمره آگاهی (از ۲۰) برای بهورزان ۱۰/۵، کارکنان ۱۰/۹، پزشکان ۱۱/۵ و مردم ۱۳/۴ برآورد گردید. میانگین نمره نگرش (از ۲۰) برای بهورزان ۱۴/۴، کارکنان ۱۳/۶، پزشکان ۱۲/۲ و مردم ۱۲/۷ بدست آمد.

بحث. بطور کلی مطالعه نشان می‌دهد که بیماریابی و پیگیری فاصله زیادی با اهداف برنامه دارد. دو فعالیت اصلی که نقش بسزائی در میزان شیوع بیماری‌های روانی دارد، ارجاع و نگرش مثبت، مطابق اهداف برنامه است. آگاهی هیچ یک از گروه‌های مورد مطالعه در حد انتظار نیست. با توجه به اینکه طراحی برنامه نسبتاً خوب و متناسب با ساختار نظام شبکه‌های بهداشتی درمانی کشور انجام گرفته است، مهمترین دلیل آنرا می‌توان اشکال در اجرا دانست.

● واژه‌های کلیدی. مدیریت، ارزشیابی، بهداشت روان.

مقدمه

اصل ۲۹ قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران برخورداری از بهداشت و درمان را حق مسلم برای همه مردم اعلام نموده است و سیاست‌های

بهداشتی درمانی کشور که در نظام جدید وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی تعیین گردیده در جهت اقدام هماهنگ در سطوح مختلف بهداشت عمومی از طریق شبکه‌های بهداشتی درمانی کشور است و یکی از زمینه‌های خدمات بهداشت عمومی که باید در برنامه کلی از اهمیت زیادی برخوردار شود، بهداشت روانی است. بهداشت روان صرفاً به مراقبت از بیماری‌های روانی اطلاق نمی‌شود بلکه با بسیاری از جنبه‌های بهداشت عمومی و بهزیستی افراد جامعه سر و کار دارد (۱) و به گونه دیگر می‌توان گفت بهداشت روان به مفهوم تأمین، حفظ و ارتقاء سلامت روانی فردی و اجتماعی، پیشگیری از ابتلاء به بیماری‌های روانی و درمان مناسب آنها و توانبخشی بیماران روانی است. در راستای تحقق پوشش جمعیت مبتلا به بیماری‌های اعصاب و روان در کشور سیاست‌های زیر تبیین شد.

۱- ادغام خدمات بهداشت روان در سیستم مراقبت‌های اولیه بهداشتی کشور.

۲- تمرکز زدایی در فعالیتهای بهداشتی درمانی.

۳- اولویت دادن به پیشگیری.

۴- استفاده از سطوح ارائه خدمات در شبکه‌های بهداشتی-درمانی و نظام ارجاع.

۵- برتری دادن به مراقبت‌های سرپایی نسبت به بستری.

با در نظر گرفتن ابعاد فوق، برنامه کشوری بهداشت روان ایران در سال ۱۳۶۸ به صورت آزمایشی به عنوان نهمین جزء مراقبت‌های بهداشتی اولیه در کل کشور پذیرفته و اجرا شد.

برنامه فوق براساس معیارها و اهداف اختصاصی زیر طراحی گردید.

- ۱- بیماریابی به میزان ۶۰ درصد میزان شیوع هر یک از اختلالات روانی.
- ۲- ارجاع از سطح یک (خانه بهداشت) به سطح دو (مراکز بهداشتی-درمانی) به میزان ۹۰ درصد موارد بیماریابی شده.
- ۳- کاهش تدریجی ارجاع از سطح دو به سطح سه (خدمات بستری و نگهداری در مؤسسات).

* این طرح با شماره ۷۹۲۷۱ دفتر هماهنگی امور پژوهش ثبت شده و هزینه آن از محل اعتبارات معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی اصفهان پرداخت گردیده است.

۱ - گروه روانپزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی اصفهان، اصفهان.

۴- پیگیری کل بیماران.
۵- افزایش آگاهی‌های بهداشتی کارکنان و مردم.
۶- افزایش نگرش مثبت در کارکنان به میزان ۱۰۰ درصد و مردم به میزان ۳۰ درصد.
پس از تعیین اهداف اختصاصی، شرح وظایف هر یک از رده‌های خدماتی تعیین شد. برنامه عمدتاً در راستای بیماریابی، ارجاع و پیگیری طراحی گردید. در حیطه آموزش، ۵ دسته بیماری شامل بیماریهای شدید روانی، خفیف روانی، بیماری صرع و عقب ماندگی ذهنی و اختلالات رفتاری کودکان به پزشکان و کارکنان‌های مبارزه با بیماریها آموزش داده شد و وظیفه انتقال آموزش به بهورزان و از آن طریق به مردم، بر عهده آنان قرار داده شد. همچنین در مراحل بعدی برنامه، برای پوشش کمبود روان پزشک در شهرستانها، پزشک عمومی با ۴-۳ ماه آموزش بهداشت روان تربیت گردید و پلی‌کلینیک شهرستان نیز دایر شد. وظیفه سیستم در سطح خانه‌های بهداشت و مراکز بهداشتی درمانی شناسائی بیماران و درمان و پیگیری آنها در صورت عدم امکان ارجاع به سطح سوم یا پلی‌کلینیک‌های تخصصی بود. پس از تجربه موفق اولیه در شهرستان شهرضا و در راستای برنامه کشوری بهداشت روان، در سطح استان اصفهان برنامه بهداشت روان در اجزاء مراقبتهای اولیه بهداشتی گنجانده شد. اهداف کلی این طرح به شرح ذیل اعلام گردیده است.

۱- ارتقاء و تأمین بهداشت عاطفی و روانی تمامی اقشار جامعه.

۲- فراهم آوردن خدمات بهداشتی روانی اساسی قابل دستیابی برای همه مردم.

۳- افزایش آگاهی مردم و مهارتهای بهداشت روان در خدمات بهداشت عمومی و تشویق مردم در جهت استفاده وسیع‌تر از اصول بهداشت به منظور ارتقاء سلامتی، توسعه رشد اجتماعی-اقتصادی و نهایتاً بهتر شدن کیفیت زندگی.

۴- تنظیم برنامه مناسب برای مراقبتهای بهداشت روان برای تمام‌کسانی که در جنگ تحمیلی آسیب دیده‌اند (۲).

برخورداری از خدمات بهداشت روان حق همه آحاد ملت است. ولی بدلیل محدودیت امکانات و حجم انبوه نیازمندان، به ناچار جمعیت‌هایی که اولویت بیشتری داشتند در ابتدای برنامه به عنوان گروه هدف به شرح زیر اعلام گردیدند (۲).

۱- بیماران و معلولین روانی، عقب ماندگان ذهنی و بیماران صرعی

۲- کودکان و نوجوانان

۳- افراد بی‌سرپرست، زندانیان و مهاجران

ارزشیابی برنامه بهداشت روان

برنامه در واقع مجموعه فعالیتها در راستای استراتژی‌های خاص، جهت نیل به اهداف کلی هر سازمان، تحت خط مشی یا نظام ارزشی حاکم بر همه جامعه می‌باشد و موفقیت هر برنامه در گرو برنامه‌ریزی آن خواهد بود و برنامه‌ریزی نیز طراحی عملیاتی است که موضوع را بر مبنای شیوه‌ای که از پیش تعریف شده است، تغییر بدهد (۳).

هر برنامه مجموعه‌ای از فعالیتها نظیر برنامه‌ریزی، سازماندهی، بسیج

تعریف ارزشیابی

ارزشیابی فرایندی است که در آن عملکردهای کمی و کیفی یک برنامه با معیارهای موجود مقایسه شده و درباره بار ارزشی آنها قضاوت می‌شود (۴). یا به عبارتی، ارزشیابی به معنی تحقق پویا در مورد ویژگیها و مزیت‌های برنامه، به منظور فراهم آوردن اطلاعاتی مربوط به اثر بخشی برنامه و کارایی آن و کیفیت مراقبتهاست (۵).

ضرورت ارزشیابی

ارزشیابی راهی برای تشویق به موقع کارکنان و مانعی برای بی تفاوتی آنان و شناخت لیاقتها و استعدادهاست. همچنین راه برقراری توازن در فعالیتها و یافتن نقاط قوت و ضعف برنامه و بهبود و پیشرفت امور و افزایش بازدهی سازمان است.

ابزارهای ارزشیابی

ابزارهای متداول ارزشیابی را می‌توان به دو دسته سنتی و نوین تقسیم کرد. در دسته سنتی می‌توان به روشهای نظیر ارزشیابی فرادست و همکاران یا ارزشیابی قیاسی و تشریحی اشاره کرد.

ابزارهای نوین ارزشیابی نیز می‌توان به روشهای رفتار مورد انتظار BARS (Behaviorally Anchored Rating Scale)، معیار مشاهده رفتار BOS (Behavioral Observation Scale) و ارزشیابی به معنای هدف MBO (Management By Objectives) اشاره کرد.

در روش BOS مشابه BARS عمل می‌کنند، با این تفاوت که تکیه بیشتر بر نقاط کلیدی است و معیار امتیاز دهی تقریباً همیشه است. روش MBO معمولاً در سطوح بالای مدیریت کاربرد داشته و در آن میزان دستیابی به اهداف سنجیده می‌شود. در این مطالعه از روش MBO با توجه به اهداف کشوری برنامه بهداشت روان استفاده شده است.

روشها

به منظور ارزشیابی حاصل برنامه بهداشت روان مطالعه‌ای در قالب ارزشیابی خدمات از نوع مطالعات توصیفی طراحی شد. این مطالعه در جامعه روستایی تحت پوشش ۱۱۰ مرکز بهداشتی درمانی روستایی و ۴۸۷ خانه بهداشت در ۱۳ شهرستان استان اصفهان انجام شده است.

در مطالعه حاضر بهورزان و کارکنانهای مبارزه با بیماریها و پزشکان مراکز بهداشتی و ساکنین روستاهای تحت پوشش برنامه وارد مطالعه شده‌اند. با احتساب سایش ۱۰ درصد و براساس نتایج حاصل از مطالعه اولیه، حجم

به این هدف تنها ۲۴/۶ درصد است.

بر اساس اهداف کشوری برنامه بهداشت روان، سطح مطلوب ارجاع از سطح یک به سطح دو ارائه خدمات، ۹۰ درصد موارد بیماریابی شده، تعیین گردیده است. بنابراین بر اساس رابطه آماری

$$100 \times \frac{\text{تعداد ارجاع از سطح یک به دو}}{\text{تعداد موارد بیماریابی}} \times 0/9$$

ارجاع از سطح یک به سطح دو ارائه خدمات ۹۹ درصد محاسبه شد. لازم به توضیح است که حداکثر درصد ارجاع از سطح یک به دو در شهرستانها ۱۱۱ درصد در نظر گرفته شده است.

بر اساس اهداف کشوری برنامه بهداشت روان حداکثر ۱۰ درصد موارد ارجاع از سطح یک به دو می‌باید به سطح سه (بیمارستان یا مراکز نگهداری) ارجاع شوند. بنابراین بر اساس رابطه آماری

$$100 \times \frac{\text{تعداد ارجاع از سطح دو به سه}}{\text{تعداد موارد ارجاع شده از سطح یک به دو}} \times 0/1$$

ارجاع از سطح دو به سه ۴۱ درصد محاسبه شد.

در برنامه بهداشت روان همه بیماران شناسایی شده نیاز به پیگیری دارند مگر در مواردی که پزشک دستور قطع پیگیری داده باشد یا بیمار مهاجرت یا فوت یا بهبود پیدا کرده باشد. بنابراین جهت ارزشیابی پیگیری با استفاده از رابطه آماری

$$100 \times \frac{\text{مهاجرت} + \text{قطع پیگیری} + \text{بهبود} + \text{فوت} + \text{بیمار پیگیری شده}}{\text{تعداد کل بیماران شناسایی شده}}$$

استفاده شد. بر این اساس جمعاً موارد پیگیری ۵۸ درصد مقدار مورد انتظار می‌باشد.

در رابطه با ارزشیابی آگاهی کارکنان، میانگین نمره آگاهی بهروزان ۱۰/۵ با انحراف معیار ۲/۶۹ تعیین شد و در مقایسه با استاندارد طراحی شده ۲۴ درصد در رتبه ضعیف، ۵۱ درصد در رتبه متوسط و ۲۵ درصد در رتبه خوب قرار دارند. همچنین میانگین نمره آگاهی کاردانها ۱۰/۹ با انحراف معیار ۲/۴۳ بدست آمده و از این رده نیز ۱۷ درصد در رتبه ضعیف، ۶۳ درصد در رتبه متوسط و ۲۰ درصد در رتبه خوب قرار دارند. میانگین نمره آگاهی پزشکان نیز ۱۱/۵ با انحراف معیار ۲/۸۵ بدست آمده و از این گروه نیز ۳ درصد در رتبه خیلی ضعیف، ۱۰ درصد در رتبه ضعیف و ۴۷ درصد در رتبه متوسط و ۴۰ درصد در رتبه خوب قرار دارند. میانگین نمره آگاهی مردم هم ۱۳/۴ با انحراف معیار ۳/۷۳ بدست آمد و ۲ درصد آنها در رتبه خیلی ضعیف ۱۰ درصد در رتبه ضعیف، ۲۹ درصد در رتبه متوسط و ۴۲ درصد در رتبه خوب و ۱۶ درصد در رتبه عالی قرار گرفتند.

توزیع نمرات آگاهی همه رده‌های مورد مطالعه نزدیک به منحنی نرمال است و ارتباط خطی نیز بین میزان آگاهی هیچ یک از رده‌ها مشاهده نشد. این بدان معناست که تسلسل انتقال اطلاعات از سطوح بالا به پایین و نهایتاً به جامعه ضعیف است. در زمینه نگرش نیز در مجموع مردم، بهروزان و کاردانها نگرش مثبت در حد انتظار داشته و پزشکان نیز فاصله مختصری تا استاندارد مورد نظر دارند. البته در مورد نگرش مردم، استاندارد درست تعریف نشده و نیاز به بازنگری دارد چراکه نتایج حاصله با استاندارد فاصله زیادی دارد ولی بطور کلی ۸۶ درصد نگرش مثبت و ۱۴ درصد نگرش منفی داشتند.

نمونه شامل ۵۵۰ نفر از افراد تحت پوشش، ۳۵ نفر کاردان، ۳۵ نفر پزشک و ۵۰ نفر بهروز در نظر گرفته شد.

از بین ۱۳ شهرستان محل اجرای طرح با اختصاص سهمیه هر یک از شهرستانها به روش تصادفی ساده مراکز بهداشتی، درمانی و خانه‌های بهداشت براساس نرم افزار آماری «طرح» مرکز بهداشت استان مشخص شده و در روستاهای مشخص شده به روش تصادفی ساده در هر روستا ۱۱ خانوار براساس پرونده خانوار موجود در خانه بهداشت مشخص و مورد مطالعه قرار گرفته‌اند.

مطالعه در اسفند ماه ۱۳۷۹ و فروردین ماه ۱۳۸۰ با استفاده از ۱۰ نفر ارزشیاب که طی ۳ جلسه با شیوه‌های اجرا آشنا شده بودند به شکل حضوری در شهرستانهای مورد نظر به اجرا درآمده است.

جهت اجرای مطالعه فرم جمع آوری اطلاعات و پرسشنامه تعیین آگاهی و پرسشنامه نگرش سنجی ۱۰ ستوالی به روش موافق و مخالف طراحی شده بود.

ارزشیابان پس از حضور در خانه بهداشت، براساس پوشه بهداشت روان، اطلاعات خواسته شده در فرم را جمع آوری کرده و با سایر اطلاعات موجود در خانه بهداشت چک می‌کردند. سپس پرسشنامه‌ها را در اختیار بهروز قرار داده تا حضوراً تکمیل نماید و سپس ۱۱ خانوار به شکل تصادفی از بین پرونده‌های خانوار انتخاب کرده و شخصاً یا با کمک بهروز، پرسشنامه تعیین میزان آگاهی و نگرش مردم را بین آنان توزیع می‌کردند و در تاریخ معینی آنرا جمع آوری می‌نمودند. در سطح مراکز بهداشتی درمانی نیز به شکل حضوری نگرش و آگاهی پزشک و کاردانهای مرکز بر اساس پرسشنامه‌ها سنجیده می‌شد.

پرسشنامه آگاهی سنج در هر رده ۲۰ امتیازی بود. نمره ۴-۰ خیلی ضعیف، ۴/۰-۱۸ ضعیف، ۸/۰-۱۶ متوسط، ۱۲/۰-۱۶ خوب و ۱۶/۰-۲۰ عالی در نظر گرفته شد. پرسشنامه نگرش سنجی نیز ۱۰ ستوالی و ۲۰ امتیازی طراحی شده بود. لذا نمرات ۱۰-۰ را نگرش منفی ۱۰/۱۰-۲۰ را نگرش مثبت قلمداد نموده است. لازم به توضیح است که پرسشنامه‌های تعیین آگاهی هر یک از رده‌های موجود در مطالعه منطبق با متون آموزشی مربوطه بوده و پس از مطالعه اولیه روایی ساختار و محتوای هر یک تعیین و در صورت نیاز اصلاح گردید. همچنین صرفاً از ستوالاتی که ضریب دشواری متوسط تا دشوار داشتند، استفاده شد.

با اعلام عدم نیاز به درج نام و نام خانوادگی بر روی پرسشنامه‌ها و اعلام معرفی نامه از گروه پزشکی اجتماعی و شرح ضرورت انجام مطالعه و جلب همکاری صمیمانه مدیران و معاونین شبکه‌ها محدودیت‌های پژوهشی مرتفع گردید.

نتایج

در برنامه کشوری بهداشت روان در زمینه بیماریابی هدف تحت پوشش قراردادن حداقل ۶۰ درصد بیماران بوده است. نتایج حاصل از این مطالعه در ۱۳ شبکه بهداشتی-درمانی استان اصفهان حکایت از آن دارد که دستیابی

برآورد گردیده است. مهمترین علت وقوع چنین حالتی اشکال در طراحی استاندارد می‌باشد.

ارزشیابی پیگیری هم در برنامه دچار اشکالاتی است. به طوریکه جمعاً ۵۸ درصد میزان مورد انتظار بیماران پیگیری شده‌اند. دلیل عمده این مهم اشکال در اجرای برنامه برآورد می‌گردد.

بر اساس نظر کارشناسان مهمترین دلایل عدم دستیابی به استاندارد مورد نظر در زمینه آگاهی کارکنان و مردم را می‌توان چنین بیان کرد.

- ۱- عدم انطباق محتوای آموزشی با نیاز فراگیران
- ۲- کمبود آموزش و بازآموزی
- ۳- توجه کم‌رنگ مسئولین به برنامه بهداشت روان
- ۴- ضعف در پایش و ارزشیابی برنامه

برنامه از نظر نگرش نسبت به بیماران اعصاب و روان در زمینه کارکنان به حد مطلوب نرسیده و در زمینه مردم فراتر از حد مطلوب است. دلایل چنین حالتی عمدتاً اشکال در برنامه ریزی بوده و در زمینه نگرش مردم که بهتر بوده است به نظر می‌رسد هدف کم برآورد شده است.

در پایان پیشنهاد می‌گردد جهت بهبود و ارتقاء سطح بهداشت روان جامعه و برنامه بهداشت روان کشوری به موارد ذیل توجه شود:

- ۱- یک بخش یا اداره مستقل با اعتبار و بودجه کافی و منابع لازم در وزارت بهداشت و درمان تشکیل گردد.
- ۲- کارشناسان نخبه و متبحر جهت تشکیل کمیته های آموزشی، درمانی، پژوهشی و ارزشیابی به کار گرفته شوند.
- ۳- به جلب مشارکت مردمی و همکاریهای بین بخشی و رفاه اجتماعی توجه کافی گردد.
- ۴- فراگیر نمودن خدمات بهداشت روان در جامعه شهری هم مورد نظر باشد.
- ۵- توجه بیشتر به بهداشت روان مدارس مد نظر باشد.
- ۶- استفاده از بخش خصوصی در مورد ارائه جامع خدمات بهداشت.
- ۷- تربیت و بکارگیری کادر متخصص و مورد نیاز.
- ۸- گسترش برنامه و ارائه خدمات در زمینه‌های بیکاری، اعتیاد و طلاق و...
- ۹- ارزشیابی ممتد برنامه.

به مبحث ارزشیابی که جزء جدایی‌ناپذیر هر برنامه است در برنامه بهداشتی توجه کمتری گردیده است. در این راستا با انجام مطالعه حاضر و ارائه نتایج آن به مسوولان و برنامه‌ریزان بررسی آمادگی، پیشرفت و بازده برنامه و ارتقاء سطح مطلوب خدمات میسر خواهد گردید.

در زمینه ارزشیابی بیماریابی در روستاهای محل اجرای برنامه می‌توان گفت که از مجموع ۶۰ درصد مورد نظر برنامه، صرفاً به ۲۴/۶ درصد دست یافته است و در هر ۵ دسته اختلال تحت پوشش برنامه بیماریابی فاصله زیادی تا استاندارد مورد نظر دارد.

بر اساس نظر کارشناسان دلایل زیر را می‌توان از جمله علل مهم اشکال در اجرای برنامه دانست:

- ۱- کمبود توجه به بیماریابی فعال همراه با سرشماری پایان سال.
- ۲- باور و نگرش ضعیف بهروز و مردم نسبت به بیماری‌های اعصاب و روان.
- ۳- ضعف سیستم در سطح دو در شناسایی موارد ارجاع شده.
- ۴- کمبود پسخوراند از سطح دو به سه.
- ۵- اشکال در ثبت موارد بیماریابی شده.
- ۶- حساس نبودن ستوالات غربالگری و بیماریابی.
- ۷- کمبود همکاری بین بخشی.

ارزشیابی ارجاع از سطح یک به سطح دو ارائه خدمات ۹۹ درصد و در مقایسه با استاندارد ۹۰ درصد جلوتر از برنامه بوده است. در این خصوص وضعیت ارجاع در هر ۵ دسته بیماری اعصاب و روان وضعیت مطلوبی داشته است. ولی حساسیت بهروزان جهت ارجاع بیماران صرعی بیش از همه است و در زمینه اختلالات رفتاری علاوه بر بیماریابی ضعیف، ارجاع به سطح دو نیز پایین‌ترین حساسیت را داشته است. بر اساس نظرات گروه کارشناسی توجه مخصوص سیستم به نظام ارجاع و مدیریت مناسب آن از جمله دلایل مهم دستیابی به این سطح از استاندارد است. استاندارد مورد انتظار ارجاع از سطح دو به سه به کاهش تدریجی بستری و نگه داری بیماران در بیمارستان و مؤسسات، حداکثر ۱۰ درصد میزان ارجاع از سطح یک به دو برآورد شده است. در مطالعه حاضر این استاندارد ۴۱ درصد میزان استاندارد

مراجع

- ۱- اداره کل مبارزه با بیماریها. دستورالعمل کشوری ادغام بهداشت روان. تهران، وزارت بهداشت و درمان ۱۳۶۷.
- ۲- گروه نویسندگان. دستورالعمل نحوه اجرای ادغام بهداشت روان در استان اصفهان. اصفهان، معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی استان اصفهان ۱۳۷۶.
- ۳- رضانبان، ع. اصول مدیریت. تهران، نشر سمت ۱۳۷۷: ۸۳-۱۲۵.
- ۴- رجیبی نژاد، ط. ارزشیابی عملکرد پرستاری. تهران، نشر صدوق ۱۳۷۱: ۶۱-۱۰۷.
- ۵- فینک، آ. اصول ارزشیابی. ترجمه شاهرودی، م. شیری، ی. تهران، نشر قاضی ۱۳۷۸: ۲ و ۴۵-۶۰.
- ۶- کابلان، س. خلاصه روانپزشکی و علوم رفتاری. ترجمه پورافکاری، ن. تهران، نشر شهراب ۱۳۷۸: ۱۲۳-۳۶۵.