

تأثیر آموزش رابطین بهداشتی زن بر آگاهی و نگرش از بهداشت روان در جمعیت شهری استان اصفهان

مهرداد صالحی، مهناز کلیشادی، مسعود زندیه، جلال کشاورز، عباس باقری‌یزدی

چکیده

مقدمه: چگونگی ارائه آموزش‌های پزشکی و بهداشتی در انتقال مفاهیم مربوط به آنها از سطوح بالای دانشگاهی به سطوح پایه بهداشتی کشور، از سؤالات مهم پیش روی دانشگاه‌های علوم پزشکی محسوب می‌شود. نیاز مبرم به وجود حلقه ارتباطی بین دانشگاه و جامعه شهری، توجه به رابطین (داوطلب) بهداشتی به عنوان نیروی مردمی آموزش‌دهنده جلب کرده است. هدف از این مطالعه، تعیین تأثیر آموزش رابطین زن بر آگاهی و نگرش از بهداشت روان در جمعیت شهری استان اصفهان است.

روش‌ها: در این مطالعه نیمه تجربی دو گروهی قبل و بعد از آموزش که در سال ۱۳۸۲ انجام شده، ۴۰۰ نفر از جمعیت شهری هر یک از دو شهرستان فلاورجان و خمینی‌شهر (تجربی و شاهد) بطور تصادفی انتخاب و آگاهی و نگرش آنان با پرسشنامه روا و پایا، بررسی شد (پیش‌آزمون). پس از انجام مداخلات آموزشی جامع بهداشت روان توسط رابطین بهداشتی، مجدداً پس از گذشت یک سال، پس‌آزمون انجام گرفت. یافته‌ها با نرم‌افزار SPSS با آزمون‌های t و مجذور کای مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

نتایج: در گروه تجربی، میزان آگاهی نمونه مورد مطالعه از ۴۰/۵ درصد قبل از مداخله به ۶۴/۲ درصد و میزان نگرش از ۵۴/۵ درصد به ۸۰/۲ درصد در پس از مداخله ارتقا یافته بود که هر دو بطور معنی‌داری افزایش پیدا کرده است. میزان آگاهی در منطقه شاهد در قبل و بعد از مداخله به ترتیب ۴۱/۵ و ۴۱/۹ اختلاف معنی‌داری نداشت و میزان نگرش در این منطقه در قبل و بعد از مداخله به ترتیب ۶۳/۱ و ۴۹/۹ بود و تفاوت معنی‌داری نداشت. میزان آگاهی و نگرش بعد از مداخله در منطقه تجربی به صورت معنی‌داری از منطقه شاهد بالاتر بود.

نتیجه‌گیری: در زمینه بهداشت روان شهری می‌توان به کفایت و اثربخشی انتقال اطلاعات توسط سطوح بالاتر بهداشتی (پزشک سطح سوم بهداشت و روان) به رابطین و از طریق رابطین به رابطین بهداشتی و از طریق رابطین به خانواده‌ها اتکا نمود.

واژه‌های کلیدی: آگاهی، نگرش، داوطلبین بهداشتی، بهداشت روان، مراقبت‌های بهداشتی اولیه.

مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی / پاییز و زمستان ۱۳۸۴؛ ۵(۲): ۱۱۹ تا ۱۱۹.

مقدمه

برنامه کشوری بهداشت روان در سال ۱۳۶۵ توسط کمیته‌ای تصویب و از سال ۱۳۶۷ به مرحله اجرا گذاشته شد که در آن راهبرد محوری ادغام خدمات بهداشت روان در نظام مراقبت بهداشتی اولیه، و یا به عبارت دیگر، در شبکه‌های بهداشتی-درمانی کشور بود. یکی از اهداف این برنامه، فراهم آوردن خدمات بهداشت روان برای همه مردم، با تأکید بر قشر آسیب‌پذیر و محروم و تشویق مشارکت جامعه در ارائه خدمات بود (۱). امروزه، ارائه خدمات اساسی بهداشت روان از طریق ادغام در مراقبت‌های بهداشتی اولیه، مورد توجه بسیاری از کشورهای جهان قرار

آدرس مکاتبه: دکتر مهرداد صالحی (استادیار)، مرکز بهداشت استان، خیابان ابن سینا، اصفهان.
E-mail: salehi@med.mui.ac.ir

مهناز کلیشادی، کارشناس، دکتر مسعود زندیه، مدیر گروه مبارزه با بیماری‌های مرکز بهداشت استان اصفهان، دکتر جلال کشاورز، مسؤول بیماری‌های واگیر و عباس باقری‌یزدی، کارشناس اداره سلامت روان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. این مطالعه با حمایت مرکز بهداشت استان اصفهان و با همکاری مرکز تحقیقات علوم رفتاری انجام شده است.

این مقاله در تاریخ ۸۴/۳/۲۳ به دفتر مجله رسیده، در تاریخ ۸۴/۵/۱۲ اصلاح شده و در تاریخ ۸۴/۱۲/۹ پذیرش گردیده است.

مورد ارزیابی دقیق قرار دهد. یکی از روش‌های ممکن، استفاده از رابط (داوطلب) بهداشتی به عنوان نیروی جوشیده از بطن جامعه شهری، به عنوان ارائه‌دهندگان خدمات بهداشت روان می‌باشد.

کار داوطلبانه به عنوان یک تظاهر اجتماعی، بر پایه اصول اخلاقی بنا شده است و بیانگر وظیفه انسان در کمک به هم‌نوع و حس نوع دوستی است. تکیه کردن بر مشارکت مردم در فعالیت‌های مربوط به سلامتی، به درجات مثبتی مورد تأیید قرار گرفته است و مطالعات انجام شده نشان می‌دهند که این اقدام بطور معمول موجب توسعه و بهبود سرویس‌های خدمات بهداشتی جامعه می‌گردد (۸ تا ۶).

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در سال ۱۳۶۹ با هدف جلب مشارکت مردم در تصمیم‌گیری و برنامه‌ریزی و استفاده از همکاری آنان در ارائه مراقبت‌های اولیه بهداشتی و فعال کردن خدمات بهداشتی در مناطق شهری (بویژه حاشیه شهرهای بزرگ)، اقدام به طراحی و اجرای طرح آزمایشی رابطان داوطلب بهداشت در جنوب تهران نمود. این طرح با توجه به موفقیت چشمگیری که به همراه داشت، از سال ۱۳۷۲ به عنوان یک برنامه فراگیر در تمام نقاط کشور به اجرا در آمد. در رابطه با تمایل مردم برای مشارکت در امر داوطلب بهداشتی بودن (رابط بهداشتی)، مطالعه‌ای در کانادا صورت گرفته و نشان داده است که از میان ۱۰۵ دانش‌آموز دوره بعد از دبیرستان (پیش‌دانشگاهی) ۷۴ درصد آنها آمادگی خود را برای به عهده گرفتن وظیفه یک داوطلب اعلام کردند. انگیزه اصلی اکثریت آنان، کمک به دیگران عنوان شد (۹).

رابطان بهداشت از میان زنان منطقه مربوطه با داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن، با برخورداری از مقبولیت اجتماعی مناسب، وقت کافی و وجود علاقه و انگیزه برای انجام فعالیت‌های اجتماعی به همکاری دعوت می‌شوند. هر رابط بطور متوسط ۵۰ خانوار را که در همسایگی محل سکونت وی زندگی می‌کنند، تحت پوشش قرار می‌دهد و از

گرفته و این کشورها توانسته‌اند با تکیه بر تمرکززدایی و ادغام خدمات بهداشت روان در خدمات بهداشت عمومی، به نتایج چشمگیری دست یابند (۲).

ابتدا، طرح کشوری ادغام بهداشت روان در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه در سال ۱۳۶۷ در دو منطقه شهرضا، اصفهان و شهرکرد چهارمحال و بختیاری به مورد اجرا در آمد، ارزشیابی این طرح‌ها نشان داد که به‌روزان گروه تجربی بعد از گذراندن دوره آموزشی، از لحاظ آگاهی و نگرش نسبت به مسائل بهداشت روان و بیماریابی اختلاف معنی‌داری با به‌روزان گروه شاهد داشته‌اند (۳). موفقیت آمیز بودن این طرح‌ها موجب گردید تا در سال ۱۳۶۹، بهداشت روان به عنوان نهمین جزء مراقبت‌های بهداشتی اولیه قلمداد گردد و به تدریج در کل کشور گسترش یابد به گونه‌ای که تا پایان سال ۱۳۷۸، تعداد ۲۲۲ شهرستان از ۲۷۰ شهرستان موجود در کشور تحت پوشش برنامه بهداشت روان قرار گرفتند (۴).

نظام بهداشتی و درمانی کشور تا کنون در زمینه بهداشت روان شهری فعال نبوده است. دلیل این امر شاید ترکیب جمعیتی در شهر و روستا در دهه ۱۳۶۰ و ۱۳۷۰ باشد. در دهه ۱۳۶۰، بیش از ۶۰ درصد جمعیت کشور ساکن در روستاها بودند و بنابراین، اجرای طرح ادغام بهداشت روان در روستاها بیش از ۶۰ درصد نیازهای موجود کشور در این بخش را پاسخ می‌داد، در حالی که امروزه، این ترکیب کاملاً بر عکس شده است و بیش از ۶۰ درصد جمعیت کشور را شهر نشینان تشکیل می‌دهند (۵). ارائه خدمات در زمینه‌های مختلف بهداشت روان از جمله پیشگیری، درمان، مشاوره و آموزش، یک نیاز اساسی بشمار می‌رود. نیازها و تقاضاهای روزافزون در شهرها تا کنون از جانب سیستم بهداشتی کشور بی‌پاسخ مانده است. ضرورت پاسخ به این نیازها و جنبه‌های منفی فقدان حضور یک سیستم قدرتمند بهداشتی در زمینه بهداشت روان در شهرهای کشور، وزارت بهداشت و درمان را بر آن داشته است که طرح ادغام بهداشت روان شهری در نظام خدمات بهداشتی و شیوه انجام آن را

آموزش آبخاری را دریافت نموده‌اند با دانش و نگرش جمعیت شهری گروه شاهد تفاوت دارد» است.

روش‌ها

این مطالعه از نوع نیمه تجربی و مداخله‌ای در جامعه، و طراحی آن به صورت دو گروهی، قبل و بعد از آموزش بود. مطالعه در سال ۱۳۸۲ انجام گرفت. شهرستان فلاورجان و شهرستان خمینی‌شهر به عنوان شهرستان‌های هدف انتخاب شدند. علت انتخاب این دو شهرستان، نزدیکی به مرکز استان، وجود نیروهای با تجربه در زمینه بهداشت روان در هر دو شهرستان و شباهت فرهنگی و جغرافیایی آن دو به هم بود.

نزدیکی به مرکز استان، به عنوان یکی از فاکتورهای انتخاب مطرح بوده است، زیرا با توجه به کوتاهی بُعد مسافت، امکان ارزیابی دقیق مراحل مختلف آموزش و پرسشگری که امکان خطا را کاهش می‌دهد، وجود داشت و در عین حال، به دلیل دسترسی مردم دو منطقه به خدمات بهداشتی-درمانی مرکز استان، این احتمال که اثربخشی عملکرد رابطین ناشی از عدم دسترسی مردم به خدمات تخصصی بوده است، از میان پرود. هر یک از مناطق به صورت تصادفی در گروه تجربی و شاهد قرار گرفتند.

شهرستان فلاورجان از شهرستان‌های استان اصفهان و در ۱۰ کیلومتری جنوب غربی مرکز استان واقع است. جمعیت این شهرستان در سال ۱۳۸۳ بالغ بر ۲۱۹۶۸۰ نفر بوده است. خمینی‌شهر در ۱۲ کیلومتری غرب مرکز استان واقع شده و جمعیت آن در سال ۱۳۸۳ بالغ بر ۲۷۵۵۲۹ نفر بود.

در این مطالعه، ابتدا در هر یک از دو منطقه‌های تجربی و شاهد، تعداد ۴۰۰ نفر با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای و با استفاده از شماره خانوار که در مرکز بهداشت شهرستان وجود دارد، به صورت تصادفی برگزیده شدند. از هر خانوار، یک نفر مورد پرسشگری قرار گرفت که بزرگترین عضو باسواد خانواده با سن بالای ۱۵ سال بود. در صورتی که در آن خانوار چنین عضوی وجود نداشت، شماره بعدی جانشین آن می‌شد و پرسشگری صورت می‌گرفت. بنابراین، دانش و نگرش جمعیت شهری قبل از مداخله آموزشی بررسی شد. بعد از گذشت یک سال از ارائه خدمات آموزشی، مجدداً پرسشگری با همان ابزار در دو منطقه بر روی ۸۰۰ نفر (۴۰۰ نفر در هر منطقه) که به صورت تصادفی بر اساس

طریق برقراری ارتباط مؤثر با آنان، نسبت به وظایف خود اقدام می‌نماید.

از طرف دیگر، پژوهش‌ها نشان داده‌اند که ارائه آموزش به خانواده‌هایی که دچار انواع مختلف از اختلالات روان‌پزشکی هستند، یک جزء اساسی از مداخله منسجم برای مراقبت از این بیماران و خانواده‌های آنهاست. ارائه آموزش‌ها می‌تواند موجب مشارکت فعال و همکاری خانواده‌ها در فرایند درمان شده و پای‌بندی آنان به درمان را افزایش دهد و از این راه، ارتقای کلی بهداشت روان خانواده‌ها و در نهایت، جامعه شهری را به همراه آورد (۱۰ و ۱۱). مسأله اساسی، انتقال اطلاعات بهداشت روان به رابطین و افزایش آگاهی و نگرش مثبت آنهاست. در زمینه شیوه انتقال اطلاعات از سطوح بالای بهداشتی به رابطین بهداشت، بررسی‌های کافی صورت نگرفته است. مطالعاتی که بتواند شیوه‌های مختلف آموزش را باهم مقایسه نماید محدود می‌باشد. روش‌های مورد استفاده برای آموزش جامعه با آموزش انفرادی یا گروهی تفاوت دارد. یکی از شیوه‌های آموزش جامعه، شیوه آموزش آبخاری و پله به پله به رابطین و انتقال اطلاعات صحیح از سطوح بالای بهداشت به خانواده‌ها با استفاده کمکی از متون آموزشی معتبر و جلسات درس گروهی است که کمتر در مطالعات مورد بررسی قرار گرفته است.

بطور کلی، چگونگی ارائه آموزش‌های پزشکی و بهداشتی و انتقال مفاهیم مربوطه به آنها از سطوح بالای دانشگاهی به سطوح پایه بهداشتی کشور، از سؤالات مهم پیش روی دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور می‌باشد.

هدف از این مطالعه، تعیین تأثیر آموزش رابطین زن بهداشتی بر آگاهی و نگرش از بهداشت روان در جمعیت شهری استان اصفهان در سال ۱۳۸۲ بود. تا این شیوه آموزشی در جامعه مورد بررسی قرار گرفته و گامی در جهت یافتن روش‌های ارتقای دانش و نگرش در زمینه بهداشت روان جامعه فراهم گردد. این مطالعه در پی آزمون فرضیه «دانش و نگرش جمعیت شهری که

بعد از دوره اول آموزش، به منظور تقویت، تثبیت و اصلاح آموخته‌ها، هر ۴ ماه یک بار، جلسات آموزش مجدداً به میزان ۶ ساعت برای رابط مریبان و نیز رابطین بهداشتی برقرار می‌گردید. در منطقه تجربی، تعداد ۳۷۵ نفر از رابطین بهداشتی (داوطلبان بهداشتی زن) مورد آموزش آبخاری قرار گرفتند و این آموزش‌ها را طی یک سال به خانواده‌های تحت پوشش خود ارائه نمودند. تمام رابطین بهداشتی منطقه شهری شهرستان گروه تجربی که دارای معیارهای انتخاب رابط بهداشتی بودند، در مطالعه شرکت داشتند. رابط مریبان و رابطین بهداشتی منطقه شاهد در طول یک ساله مطالعه، فرایندهای همیشگی آموزشی را دریافت می‌نمودند.

ابزار گردآوری اطلاعات در این پژوهش، پرسشنامه آگاهی و نگرش اجتماعی نسبت به بیماری‌های روانی-عصبی، صرع و عقب‌ماندگی بود. روایی و پایایی این پرسشنامه قبلاً در مطالعه‌ای تأیید و به صورت آزمایشی در مناطق شهری شهرستان بروجن بر روی ۵۰ آزمودنی اجرا شده و پس از اصلاحات، روایی و پایایی آن مورد تأیید قرار گرفته بود (۱۳). این پرسشنامه شامل سه بخش بود. بخش اول، اطلاعات فردی (دموگرافیک) را بررسی می‌نمود. بخش دوم، به ارزیابی هشت جنبه از آگاهی افراد در مقوله بهداشت روان می‌پرداخت. که هر یک آگاهی جنبه‌های مختلف بهداشت روانی را ارزیابی می‌کرد و بخش سوم، پنج گزینه برای ارزیابی نگرش بود. حداکثر نمره قابل کسب در بخش آگاهی، ۳۰ و در بخش نگرش ۱۶ بود. برای همسان‌سازی نمرات، نمره هر فرد براساس ۱۰۰ تبدیل و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

کلیه مراحل انجام تجزیه و تحلیل اطلاعات به وسیله نرم‌افزار آماری SPSS-۱۱ انجام پذیرفت و داده‌ها به صورت توزیع فراوانی، میانگین و انحراف معیار نمرات و با آزمون‌های مجذور کای و t مستقل تجزیه و تحلیل شدند.

نتایج

در مجموع ۱۶۰۰ نمونه در دو منطقه تجربی و شاهد، قبل و بعد از مداخله، مورد بررسی قرار گرفتند که ۸۰۰ مورد قبل از مداخله و ۸۰۰ مورد بعد از مداخله بودند. مشخصات جمعیت شناختی نمونه‌ها قبل از مداخله در منطقه تجربی و شاهد به ترتیب به صورت زیر بوده است:

شماره خانوار انتخاب شده و دارای مشخصات فوق بودند، انجام گرفت. پرسشنامه‌ها در درب منازل به خانواده تحویل، و در حضور پرسشگر پر شده و تحویل گرفته می‌شد.

لازم به ذکر است که چون انتخاب شماره خانوار در دو مرحله به صورت خوشه‌گیری و تصادفی بوده است، افرادی که در مرحله دوم مورد پرسشگری قرار گرفتند، ضرورتاً افراد مرحله اول پرسشگری نبودند. با توجه به اینکه مطالعه به صورت مداخله در جامعه (Community intervention) بود، از نمونه‌های مشابه در مرحله دوم پرسشگری استفاده نشد تا از اثر پیش‌آزمون در مرحله دوم پرسشگری، پیشگیری شود. از طرفی دیگر، به دلیل جمعیت نسبتاً زیاد خوشه‌ها، می‌توان چنین در نظر گرفت که موارد پرسشگری شده در هر دو مرحله نماینده جمعیت کلی شهرها بوده‌اند. بی‌سواد بودن، عدم تمایل به همکاری، عدم وجود فرد بالای ۱۵ سال باسواد در خانواده، از معیارهای خروج آن خانواده از مطالعه بود.

مداخله صورت گرفته در منطقه تجربی عبارت بود از آموزش به شیوه آبخاری یا پله‌ای. در این روش، ابتدا پس از انجام هماهنگی‌های ستادی لازم، آموزش آبخاری در سه مرحله به صورت پله پله از یک طبقه بالاتر به طبقه زیرین بهداشتی ارائه گردید. در اولین مرحله، جلسات آموزشی متعدد به میزان ۲۰ ساعت در زمینه‌های مختلف بهداشت و سلامت روان بزرگسالان کودکان و نوجوانان توسط روان‌پزشک مشاور علمی مرکز بهداشت استان و عضو هیأت علمی دانشگاه برای کارشناس بهداشت روان شهرستان و پزشک سطح سوم بهداشت روان شهرستان (پزشک عمومی آموزش دیده) برقرار گردید. در مرحله دوم، طی ۴۰ ساعت آموزش گروهی به صورت کلاس درسی، آموخته‌های بهداشت روان توسط کارشناس بهداشت روان شهرستان و پزشک سطح سوم به رابط مریبان انتقال یافت. تعداد رابط مریبان طرح ۵۰ نفر بودند. در مرحله سوم، رابط مریبی طی ۴۰ ساعت آموزشی، مباحث بهداشت روان را به رابطین بهداشتی آموزش دادند. این آموزش بر مبنای الگوی ارائه شده در کتب مجموعه آموزشی رابطین بهداشت کتاب سوم (بهداشت روان) ارائه گردید (۱۲).

شیوه آموزش رابط مریبان به رابطین بهداشتی بر اساس روش مشارکتی بوده است. بدین معنی که در جریان آموزش، رابطین بهداشتی نیز تجربه‌ها و آموخته‌های خود را به یکدیگر منتقل می‌کرده و در مورد چگونگی مواجهه با موقعیت‌های خاص سؤالات و نظرات خود را مطرح می‌ساختند (۱۲).

آزمون آماری t مستقل اختلاف معنی‌داری بین آگاهی قبل و بعد از آموزش گروه تجربی نشان داد ($P=0/003$) و ($t=11/3$) در حالی که آگاهی گروه شاهد قبل و بعد از آموزش اختلاف معنی‌داری نداشت. نگرش گروه تجربی نیز قبل و بعد از آموزش اختلاف معنی‌داری نداشت ($P=0/000$ و $t=14/8$) در حالی که در گروه شاهد اختلاف معنی‌دار نبود.

با توجه به اینکه نمونه‌های بعد از مداخله، از نظر تأهل در منطقه تجربی و شاهد تفاوت معنی‌داری داشته، بنابراین، وضعیت تأهل با استفاده از آنالیز کواریانس کنترل و گروه‌ها از این جنبه همسان محاسبه شد، با این وجود، اختلاف دو گروه کماکان معنی‌دار بود.

پاسخ نمونه‌ها به گزینه‌های مختلف پرسشنامه آگاهی برای موضوعات مختلف بهداشت روان نیز مورد بررسی قرار گرفت. نتایج براساس درصد پاسخ صحیح به پرسش‌ها، به تفکیک موضوعات محاسبه و در جدول دو ارائه شده است و بیانگر آنست که در تمام موضوعات، تفاوت ظاهری در دوره قبل از مداخله بین دو منطقه مشاهده نمی‌شود ولی بعد از مداخلات آموزشی و اطلاعات ارائه شده در زمینه‌های مختلف بهداشت روان، میزان آگاهی مردم در منطقه تجربی و شاهد در کلیه موارد به صورت معنی‌داری اختلاف دارند ($P<0/01$).

زنان ۵۲/۱ درصد در مقابل ۵۱/۶ درصد، متأهلین ۷۹/۳ درصد در مقابل ۸۵ درصد، میانگین سنی نمونه‌ها $32/34 \pm 13/3$ در مقابل $33/5 \pm 11/6$ بود که با استفاده از t مستقل، تفاوتی بین دو گروه مشاهده نشد.

بعد از مداخله، مشخصات جمعیت شناختی نمونه‌ها به ترتیب برای تجربی و شاهد به قرار زیر بود: زنان ۵۳/۸ درصد در مقابل ۴۸/۲ درصد، تعداد متأهلین ۸۰ درصد در مقابل ۴۵/۶ درصد، میانگین و انحراف معیار سنی نمونه‌ها بعد از مداخله $30/92 \pm 10/49$ در مقابل $31/09 \pm 11/11$ بود که در جنس و سن، دو گروه با آزمون مجذور کای و t مستقل تفاوتی نداشتند ولی وضعیت تأهل دو گروه تفاوت معنی‌داری داشت ($P=0/05$).

دو گروه از نظر سطح تحصیلات نیز تفاوت معنی‌داری با هم نداشتند. با توجه به اینکه نمونه‌ها به صورت تصادفی در دو مرحله پرسشگری انتخاب و به صورت مستقل از هم ارزیابی شدند و نیازی به پیگیری وجود نداشت، ریزش هم در مطالعه وجود نداشت.

میانگین و انحراف معیار آگاهی و نگرش گروه تجربی و شاهد در مورد بهداشت روان قبل و بعد از آموزش در جدول یک ارائه شده است. آزمون آماری t نشان می‌دهد که آگاهی و نگرش دو گروه، قبل از آموزش اختلاف معنی‌داری نداشته است در حالی که بعد از آموزش، اختلاف معنی‌داری بود.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار نمرات آگاهی و نگرش آزمودنی‌ها در مورد بهداشت روان قبل و بعد از آموزش در دو گروه تجربی و شاهد.

P	t	شاهد	تجربی
			قبل از آموزش
۰/۷	۰/۲۸	$41/5 \pm 5/1$	$40/5 \pm 5/3$
۰/۲	۱/۶۵	$63/1 \pm 4$	$54/5 \pm 4/5$
			بعد از آموزش
۰/۰۰۲	۱۰/۰۸	$41/9 \pm 6/1$	$64/2 \pm 7/4$
۰/۰۰۰	۷/۵	$49/9 \pm 2/8$	$80/2 \pm 2/3$

جدول ۲. فراوانی نسبی آگاهی صحیح جمعیت شهری از بهداشت روان قبل و بعد از آموزش در گروه‌های تجربی و شاهد.

قبل از مداخله (%)	بعد از مداخله (%)	
		علائم بیماری‌های روانی
۱۷/۴	۱۱/۰۶	شاهد
۱۶/۳	۳۶/۹	تجربی
		علل بیماری‌های روانی
۴۷/۸	۵۳/۶	شاهد
۴۷/۵	۷۲	تجربی
		درمان بیماری‌های روانی
۶۴/۲	۶۵/۶	شاهد
۶۲/۳	۷۷/۵	تجربی
		علائم صرع
۲۵/۲	۱۲/۴	شاهد
۲۱/۵	۵۴/۵	تجربی
		علل صرع
۲۸/۲	۴۸/۲	شاهد
۴۸/۳۵	۷۰/۴	تجربی
		درمان و کنترل صرع
۶۷/۶	۷۹/۴	شاهد
۶۸/۷	۸۴/۸	تجربی
		علائم عقب‌ماندگی ذهنی
۴۵/۵	۳۴	شاهد
۳۷/۵	۷۳/۷	تجربی
		علل عقب‌ماندگی
۲۵/۹	۳۱/۳	شاهد
۲۲/۵	۴۷/۶	تجربی

بحث

برای توسعه و رسیدن به اهداف خدمات و مداخلات بهداشتی، مشارکت جامعه حائز اهمیت زیادی است. بررسی عرضه خدمات بهداشتی- درمانی در کشورهای همچون چین، مالای (Malawia)، اوگاندا، اندونزی و هند نشان داده که با استفاده از مشارکت مردمی می‌توان این خدمات را بطور مؤثر و مفید ارائه نمود و موجبات

افزایش آگاهی و تغییر نگرش مراقبین بهداشتی و افراد جامعه را فراهم آورد (۱۴ و ۱۵).

با توجه به تفاوت‌های فرهنگی که بین کشورهای مختلف وجود دارد، امکان ارزیابی عملکرد رابطین (داوطلب) بهداشت بر اساس الگوها و روش‌های دیگر کشورها و انطباق آن با شرایط کشورهای دیگر وجود ندارد. به عنوان مثال، مطالعاتی که در کشور یونان در همین زمینه انجام گرفته است نشان داده که دلیل سیستم منسجم و بسته خانواده در این کشور که به راحتی اجازه ورود عناصر خارجی به آن داده نمی‌شود، امکان ورود داوطلبان بهداشتی به خانواده و آشنا شدن آنها با دردها، رنج‌ها و نیازهای خانواده مشکل بوده و موفقیت رابطین بهداشتی در مناطق شهری این کشور را با سؤال مواجه ساخته است (۱۶).

چنین مشکلی می‌تواند در کشور ما که دارای سیستم خانوادگی منسجم و بسته‌ای است و اطلاعات درون خانواده بخصوص در زمینه مشکلات بهداشت روان، به راحتی به بیرون انتقال داده نمی‌شود نیز وجود داشته باشد. ولی مطالعه حاضر، هر چند در جهت ارزیابی انتقال دانش و بهبود نگرش از سطوح بالای بهداشتی به سطح جامعه طراحی شده بود، امکان استفاده از رابطین بهداشتی در زمینه بهداشت روان در کشور را نشان داد.

با یک نگاه اجمالی به نتایج تحقیق مشخص می‌شود که یافته‌های پژوهش، بیانگر افزایش آگاهی و نگرش افراد نمونه بعد از مداخله است. نتایج نشان داد که آموزش‌های ارائه شده از طریق آموزش آبخاری در افزایش نگرش مثبت جمعیت شهری گروه تجربی نسبت به جنبه‌های مختلف انواع بیماری روانی و ابعاد مختلف بهداشت روان سهم داشته است. بطوری که تفاوت هم بین دو منطقه تجربی و شاهد و هم در منطقه تجربی قبل و بعد از مداخله معنی‌دار بود. در زمینه آگاهی نتایج تحقیق نشان داد که بعد از مداخله، تفاوت معنی‌داری بین دو منطقه مشاهده می‌شود. بنابراین، آموزش‌های ارائه شده توانسته است در صد آگاهی افراد را در جمعیت شهری منطقه گروه تجربی افزایش دهد. با فرض این که در طول اجرای

وجود دارد که اطلاعات دانش و تغییرات نگرش ناشی از عوامل دیگری بجز آموزش‌های رابطین، از روش‌هایی مثل سخنرانی‌ها، عملکرد مستقل سازمان‌ها و ارگان‌ها به وجود آید. بنابراین، در تفسیر نتایج به دست آمده باید احتیاط نمود. پیشنهاد می‌شود در مطالعات آینده، گروه ثابت ولی بزرگی از مردم مورد ارزیابی قرار گیرند و در عین حال، عملکرد رابطین در زمینه بیماریابی و ارجاع و پی‌گیری نیز مورد بررسی واقع شود. انجام طرح در مناطق مختلف شهرهای بزرگ نیز از نیازهای مطالعاتی آینده است.

نتیجه‌گیری

به نظر می‌رسد که می‌توان بر روی نیروی رابط بهداشتی در اجرای طرح ادغام بهداشت روان شهری حساب کرد. نتایج نشان داد که می‌توان به کفایت و اثربخشی انتقال اطلاعات و آموزش‌های بهداشت روان توسط سطوح بالاتر بهداشتی شامل پزشکان سطح سوم، روان‌پزشکان و کارشناسان بهداشت روان شهری به رابط مربیان و از طریق رابط مربیان به رابطین بهداشتی و توزیع آنها به خانواده‌ها تکیه نمود و این طور تصور کرد که محتوای آموزش‌ها، اگر به صورت مناسب در این مسیر انتقال یابند، از نظر صحت و ارزشمندی مصون و محفوظ باقی مانده و رابطین بهداشتی می‌توانند نگرش و دیدگاه جامعه نسبت به بهداشت روان را تغییر دهند. بنابراین، پیشنهاد می‌گردد از این شیوه آموزشی برای اصلاح دانش و نگرش جامعه شهری نیز استفاده شود.

قدردانی

از آقای دکتر صدری، معاون محترم بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان در زمان پژوهش و رؤسای شبکه بهداشت و درمان شهرستان‌های خمینی‌شهر و فلاورجان، و کلیه کسانی که در به انجام رساندن این پژوهش همکاری و زحمات زیادی را متقبل شدند، تشکر و قدردانی می‌گردد.

طرح، هر دو گروه شاهد و تجربی اطلاعات بهداشت روان یکسانی از طریق رسانه‌ها و وسایل ارتباط جمعی دریافت کرده‌اند، بنابراین، می‌توان این طور نتیجه گرفت که تفاوت ایجاد شده بین دو گروه در زمینه آگاهی و نگرش بهداشت روان، احتمالاً ناشی از اطلاعات ارائه شده توسط رابطین بهداشتی به گروه مورد مطالعه بوده است.

مطالعه‌ای دیگر که در کشورمان در طی سال ۱۳۸۰ در زمینه عملکرد بهروزان و رابطین بهداشتی در افزایش دانش و نگرش بهداشت روان جامعه روستایی و شهری انجام گرفته است نیز نتایج مشابهی به دست می‌دهد (۱۳) و تکرار آن می‌تواند بیانگر این نکته باشد که استفاده از شیوه آبشاری در آموزش بهداشت روان و استفاده از رابطین در این زمینه، بدون توجه به منطقه کشوری و فرهنگ بومی منطقه، می‌تواند سطح آگاهی و نگرش صحیح و مثبت جامعه را ارتقا بخشد. البته استفاده از نیروی رابطین بهداشتی در همه جا نتایج یکسانی نداشته است. به عنوان نمونه در تایلند که دارای یکی از قدیمی‌ترین برنامه‌های ارائه خدمات بهداشتی اولیه در جهان است و داوطلبان بهداشت به عنوان پایه این سیستم مورد حمایت قرار می‌گیرند، با وجود اینکه روستا نزدیک به شهر بوده است، اکثریت روستاییان از وجود این داوطلبان بهداشتی در منطقه آگاهی نداشته‌اند و نیز با وجود اینکه داوطلبان دارای سطح مناسبی از آگاهی بهداشتی بودند، ولی فقط تعداد کمی از آنها از خدمات این داوطلبان بهداشتی استفاده کرده بودند. به طور کلی، در جامعه تایلند با بزرگ شدن شهرها و شهری شدن روستاها، مردم تمایل دارند تا بدون مراجعه به داوطلبان بهداشتی، مستقیماً به خدمات بهداشتی دسترسی پیدا کنند (۱۷). نتایج پژوهش حاضر بیانگر آن بود که با وجود دسترسی مردم گروه تجربی به خدمات بهداشتی تخصصی در مرکز استان، رابطین بهداشت توانستند نقش مؤثری در ارائه خدمات آموزشی بهداشتی به مردم داشته باشند.

البته مطالعه حاضر با توجه به اینکه در طول مدت یک سال به انجام رسیده است و در طی چنین زمانی، این احتمال

منابع

۱. حاتمی حسین، رضوی منصور، افتخاراردبیلی ح، مجلسی فرشته، سیدنوزادی محسن، پریزاده محمدجواد. کتاب جامع بهداشت عمومی. چاپ اول. تهران: ارجمند. ۱۳۸۰.
۲. Murthy RS. Rural psychiatry in developing countries. *Psychiatr Serv* ۱۹۹۸; ۴۹(۷): ۹۶۷-۹.
۳. شاه‌محمدی داوود، باقری عباس، پالاهنگ حسن. در ترجمه: ادغام بهداشت روان در مراقبت‌های بهداشتی اولیه. سازمان جهانی بهداشت. چاپ اول. تهران: مجمع علمی و فرهنگی مجدد. ۱۳۷۲.
۴. اداره کل مبارزه با بیماری‌های غیر واگیر. طرح کشوری بهداشت روانی. تهران: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. ۱۳۷۱.
۵. خوش‌بین سهیلا، رحیمی اعظم‌دخت، نوایان ناهید. پیشینه‌های جمعیتی ایران ۲۰۰۰-۲۰۵۰. تهران: دفتر سلامت خانواده و جمعیت وزارت بهداشت. ۱۳۸۰.
۶. Kawee Tungsubutra. Primary health care and volunteer health workers-an experiment in northeastern Thailand. *JOICFP Rev* ۱۹۸۳; ۶: ۳۲-۶.
۷. Stanton B, Clemens J, Koblinsky M, Khair T. The urban volunteer programme in Dhaka: a community based primary health care and research initiative. *Trop Geogr Med* ۱۹۸۵; ۳۷(۲): ۱۸۳-۷.
۸. MacIntyre I, Corradetti P, Roberts J, Browne G, Watt S, Lane A. Pilot study of a visitor volunteer programme for community elderly people receiving home health care. *Health Soc Care Community* ۱۹۹۹; ۷(۳): ۲۲۵-۳۲.
۹. Claxton-Oldfield S, Tomes J, Brennan M, Fawcett C, Claxton-Oldfield J. Palliative care volunteerism among college students in Canada. *Am J Hosp Palliat Care* ۲۰۰۵; ۲۲(۲): ۱۱۱-۱۸.
۱۰. Lauber C, Nordt C, Falcato L, Rossler W. Determinants of attitude to volunteering in psychiatry: results of a public opinion survey in Switzerland. *Int J Soc Psychiatry* ۲۰۰۲; ۴۸(۳): ۲۰۹-۱۹.
۱۱. Lopez MA, Toprac MG, Crismon ML, Boemer C, Baumgartner J. A psychoeducational program for children with ADHD or depression and their families: results from the CMAP feasibility study. *Community Ment Health J* ۲۰۰۵; ۴۱(۱): ۵۱-۶۶.
۱۲. فتاحی منصور، باقری‌یزدی عباس. مجموعه آموزشی رابطین بهداشت. چاپ اول. مشهد: شرکت تعاونی رابطین بهداشت (بانوان). ۱۳۷۶.
۱۳. باقری‌یزدی عباس، ملک‌افضلی حسین، شاه‌محمدی داوود، نقوی محسن، حکمت سیمین. ارزیابی عملکرد بهورزان و رابطین داوطلب بهداشتی در ارایه خدمات بهداشت روان در شبکه مراقبت‌های بهداشتی شهرستان بروجن. مجله پژوهشی حکیم ۱۳۸۰: ۴(۲): ۱۰۹ تا ۱۰۰.
۱۴. Murthy RS, Wig NN. The WHO collaborative study on strategies for extending mental health care, IV: a training approach to enhancing the availability of mental health manpower in a developing country. *Am J Psychiatry* ۱۹۸۳; ۱۴۰(۱۱): ۱۴۸۶-۹۰.
۱۵. Ignacio LL, De Arango MV, Baltazar J, D'Arrigo Busnello E, Climent CE, Elhakim A, et al. Knowledge and attitudes of primary health care personnel concerning mental health problems in developing countries: a follow-up study. *Int J Epidemiol* ۱۹۸۹; ۱۸(۳): ۶۶۹-۷۳.
۱۶. Sapountzi-Krepia D, Antonakis N, Sgantzios M, Lionis C. Seeking the attitudes and perceptions of the Greek primary-care professionals on voluntary work in caring for people with HIV/AIDS. *J Nurs Manag* ۲۰۰۳; ۱۱(۴): ۲۵۸-۶۵.

۱۷. Kauffman KS, Myers DH. The changing role of village health volunteers in northeast Thailand: an ethnographic field study. *Int J Nurs Stud* ۱۹۹۷; ۳۴(۴): ۲۴۹-۵۵.

Archive of SID