

## دانش، نگرش و عملکرد بهورزان شهرستان کرمان در زمینه بیماری‌های روانی بعد از گذشت ۶ سال از طرح ادغام بهداشت روان در مراقبت‌های بهداشتی اولیه (PHC)

دکتر محمد فرج پور<sup>۱</sup>، دکتر سیدهادی معتمدی<sup>۲</sup> و علی بهرام‌نژاد<sup>۳</sup>

### خلاصه

برنامه ادغام خدمات بهداشت روان در نظام مراقبت‌های اولیه بهداشتی در ایران در چند سال اخیر در ابعاد گسترده کمی و کیفی رشد نموده است. ارزیابی و پایش این خدمات به منظور کارآیی آن به عنوان یک ضرورت احساس می‌گردد. در این مطالعه به منظور تعیین میزان دانش و نگرش و عملکرد بهورزان شهرستان کرمان (گروه آزمون) و شهرستان بردسیر (گروه شاهد) در زمینه بهداشت روان بررسی‌های لازم به عمل آمده است. تعداد ۴۸ بهورز به عنوان گروه آزمون از شهرستان کرمان و کلیه بهورزان شهرستان بردسیر (۴۴ نفر) به عنوان گروه شاهد انتخاب و از طریق سه پرسش‌نامه نگرش، آگاهی و عملکرد مورد ارزیابی قرار گرفتند. با توجه به نتایج به دست آمده، میزان بیماری‌یابی در گروه آزمون و شاهد به ترتیب برابر ۸/۶۵ و ۱/۸ در هزار می‌باشد. بهورزان شهرستان کرمان در زمینه ارجاع، پی‌گیری و درک مفاهیم بهداشت روان، عملکرد بهتری نسبت به گروه شاهد داشتند ( $P \leq 0/01$ ). در زمینه میزان آگاهی، نمرات گروه آزمون ( $18/75 \pm 6/92$ ) بالاتر از گروه شاهد ( $13/95 \pm 5/81$ ) بود ( $P \leq 0/01$ ). نمرات آزمون نگرش گروه شاهد ( $79/79 \pm 9/38$ ) با گروه آزمون ( $78/79 \pm 15/54$ ) اختلاف معنی‌داری را نشان نداد.

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

## مقدمه

بیماری‌های روانی از جمله شایع‌ترین بیماری‌هایی هستند که گریبان‌گیر بشر می‌باشند. میزان شیوع و بروز این بیماری‌ها در تمامی کشورهای جهان از میزان بالایی برخوردار است. بررسی‌های همه‌گیرشناسی نشان داده است که بیماری‌های روانی شدیداً ناتوان‌کننده، دست‌کم حدود یک درصد از جمعیت جهان را شامل می‌شوند و حدود ۱۰٪ از جمعیت، در طول عمر خود گرفتار این بیماری‌ها بوده‌اند (۷، ۱۰). بررسی‌های سیستماتیک در مورد شیوع بیماری‌های روانی در جمعیت عمومی در کشورهای در حال توسعه نشان داده است که شیوع اختلالات روانی در این کشورها، نظیر کشورهای پیشرفته است (۸، ۹). بر اساس تحقیقات متعددی که از سال ۱۳۴۱ تا ۱۳۷۴ در ایران صورت گرفته است، میزان شیوع اختلالات روانی در ایران بین ۱۱/۹ تا ۳۹/۶ درصد از جمعیت عمومی گزارش گردیده است (۶). در این پژوهش‌ها کمترین میزان مربوط به پژوهش باش (۱۳۴۱) در مناطق روستایی شیراز و بالاترین میزان در پژوهش معتمدی و همکاران بوده است (۶).

در سال‌های اخیر ادغام خدمات بهداشت روان در مراقبت‌های بهداشتی اولیه در کشور ابعاد تازه‌ای یافته و در سایر کشورهای جهان و همچنین کشورهای منطقه مدیترانه شرقی از جمله هندوستان، پاکستان و سودان شروع شده و نتایج پرباری در برداشته است (۱۱، ۱۲). ادغام بهداشت روانی در مراقبت‌های اولیه بهداشتی امری اساسی است. شایان ذکر است که این جزء از خدمات که به سلامت روانی و اجتماعی منجر می‌گردد به طور خودکار به دنبال سلامت جسمانی ایجاد می‌شود. مراقبت‌های بهداشتی اولیه بخشی جدایی‌ناپذیر از سیستم بهداشتی کشور است که در نهایت می‌تواند توسعه اجتماعی و اقتصادی جامعه را در پی داشته باشد (۴). برنامه‌های ادغام خدمات بهداشت روان در مراقبت‌های بهداشتی اولیه در ایران نیز از سال ۱۳۶۷ شروع گردیده است (۱) و پژوهش‌های محدودی در زمینه کارایی ادغام خدمات بهداشت روانی در مراقبت‌های اولیه بهداشتی صورت گرفته است. اولین بررسی در سال ۶۹-۱۳۶۸ توسط شاه‌محمدی در استان چهارمحال و بختیاری انجام شد. نتایج این مطالعه نشان داد که بهروزان گروه تجربی بعد از طی دوره آموزش 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 (۵). بررسی دیگر در سال ۱۳۷۴ توسط ستاد ارزشیابی

بهداشت روانی کشور و دفتر مدیترانه شرقی سازمان بهداشت جهانی صورت گرفت و نتایج نشان داد که میزان عملکرد بهروزان گروه تجربی از نظر بیماریابی (۱۲/۵۹ در هزار) و در تغییر نگرش و افزایش آگاهی نسبت به گروه کنترل وضعیت بهتری داشتند. همچنین مشخص شد که ۶۳٪ بیماران روانی شدید، ۷۲/۲٪ بیماران صرعی، ۷۰/۳٪ عقب ماندگی ذهنی، ۳۲/۶٪ بیماران خفیف روانی و ۲۵/۷٪ سایر موارد، تحت درمان قرار گرفته و پی‌گیری شده‌اند. در زمینه آگاهی، بهروزان توانستند از ۵۸ نمره ممکن در آزمون آگاهی، ۲۹/۹ نمره (۵۱٪ کل نمره) و از مجموع ۴۶ نمره آزمون نگرش، ۳۵/۳ نمره را به دست آورند (۳).

به طور خلاصه یافته‌های پژوهش‌های انجام شده در ایران و سایر کشورها نشان می‌دهد که ارائه خدمات بهداشت روان در قالب مراقبت‌های بهداشتی عمومی، توسط کارکنان حرفه‌ای و غیرحرفه‌ای با آموزش‌های کوتاه مدت و کاربردی می‌تواند مؤثر باشد. لازم است پژوهش‌هایی صورت گیرد تا ضمن شناخت محدودیت‌ها، پتانسیل‌های بالقوه و همچنین موانع اجرایی و کارایی برنامه بررسی شود و گامی مؤثر در جهت بهبود کیفیت ارائه خدمات برداشته شود. هدف از این پژوهش، ارزیابی تأثیر آموزش و ادغام خدمات بهداشت روان بر نگرش، آگاهی و عملکرد بهروزان می‌باشد، هدف کاربردی این پژوهش، آموزش به گروه‌های مجری در سطح استان و نظارت و اجرا، به منظور تعمیم و یا اصلاح روش‌ها و تعیین نقاط ضعف و قوت طرح می‌باشد.

## روش اجرا و جمع‌آوری اطلاعات

پژوهش حاضر از نوع تحقیقات پس‌رویدادی است که به منظور مقایسه دانش، نگرش، و عملکرد گروهی از بهروزان شهرستان کرمان به عنوان گروه تجربی و شهرستان بردسیر به عنوان گروه شاهد در زمینه بهداشت روان انجام شده است.

ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش عبارتند از: پرسش‌نامه نگرش سنجی و آگاهی و پرسش‌نامه عملکرد بهروزان که در سال ۱۳۷۴ توسط سازمان بهداشت جهانی و کمیته کشوری بهداشت روانی به منظور ارزیابی وضعیت بهداشت روانی کشور ایران مورد استفاده قرار گرفته است (۳). این پرسش‌نامه‌ها بر اساس معیارهای آموزش بهروزان و طرح کشوری بهداشت روان تهیه گردیده است و در پرسش‌نامه نگرش سنجی، نگرش مثبت که بیانگر برداشتی علمی و برخوردی مناسب از اتیولوژی و درمان بیماری‌های روانی و نگرش منفی که بیانگر برداشتی غیر علمی و بر اساس باورداشت‌های غلط بود مورد ارزیابی قرار گرفته است.

کننده در جلسه تکمیل گردید که پاسخگویی به آنها بدون محدودیت زمانی صورت گرفت. آنگاه توضیحات لازم در خصوص نحوه تکمیل پرسش‌نامه عملکرد ارائه شد و یک نمونه به صورت آزمایشی در جلسه تکمیل گردید و پرسش‌نامه عملکرد به بهروزان جهت تکمیل داده شد و با فرصت زمانی دو هفته‌ای از زمان ارائه، خواسته شد که در این مدت آن را تکمیل و به کارشناس شهرستان ارائه نمایند. در این مدت کارشناس شهرستان به عنوان ناظر عملیات در خصوص تکمیل پرسش‌نامه عملکرد و کنترل آن تعیین گردید. پس از تکمیل، پرسش‌نامه‌های عملکرد به مرکز بهداشت شهرستان تحویل و بعد از کنترل نهایی جهت استخراج اطلاعات به مجریان طرح ارائه گردید. در طی مراحل اجرایی طرح، جهت بررسی صحت و سقم اطلاعات، چند خانه بهداشت به صورت تصادفی انتخاب و صحت اطلاعات بررسی گردید.

### نتایج

نتایج نمرات به دست آمده از ابزارهای اندازه‌گیری به شرح زیر می‌باشد:

میزان بیماریابی در گروه تجربی در زمینه بیماری‌های شدید ۱/۲۶ در گروه شاهد (۰/۵۶)، بیماری‌های خفیف (۲/۷۴) در گروه شاهد (۰/۱۲)، صرع ۱/۳۹ در گروه شاهد (۰/۴۰)، عقب‌ماندگی ذهنی ۲/۱۵ در گروه شاهد (۰/۶۵) و در نهایت خصوص سایر بیماری‌های روانی ۱/۱۰ و در گروه شاهد (۰/۰۶۲) می‌باشد. در خصوص پی‌گیری فعال بیماری‌های روانی شناسایی شده، در گروه تجربی ۶۶/۲٪ بیماران به صورت فعال پی‌گیری شده‌اند در حالی که این شاخص در گروه شاهد ۳۷/۹٪ می‌باشد که تفاوت در سطح اطمینان ۹۵٪ معنی‌دار است. همچنین میزان نمره گروه تجربی (۱۸/۸۵) و گروه شاهد (۱۳/۹۵) بود که این میزان اختلاف آماری معنی‌داری را در سطح اطمینان ۹۹٪ نشان می‌دهد (جدول ۱).

جامعه آماری این پژوهش شامل بهروزان شهرستان بردسیر به عنوان گروه شاهد و بهروزان شهرستان کرمان به عنوان گروه مورد است که از نظر برخی ویژگی‌ها مانند سن، جنس و تحصیلات با گروه شاهد هم‌تاسازی شدند. بهروزان گروه شاهد آموزش‌های بدون طرح را نگذرانده و در محل خدمت آنان طرح ادغام بهداشت روانی اجرا نشده بود.

در مطالعه حاضر با توجه به ضرورت همانندی برخی از ویژگی‌های آزمودنی‌های دو گروه از جمله سن، تحصیلات و جنس سعی گردید هم‌تاسازی حتی‌الامکان به صورت گروهی انجام شود. بر این اساس تعداد ۴۸ نفر از بهروزان شهرستان کرمان بر اساس نمونه‌گیری تصادفی ساده از بین ۱۳ مرکز بهداشتی درمانی روستایی به عنوان گروه آزمون و تعداد ۴۴ نفر بهروز که شامل کلیه بهروزان شهرستان بردسیر بودند، به عنوان گروه شاهد انتخاب شدند.

در گروه آزمون حجم نمونه با استفاده از روش‌های برآورد حجم نمونه محاسبه گردید. نمونه در گروه تجربی شامل ۳۷ نفر بهروز زن و ۱۱ نفر بهروز مرد بود که میانگین سن آنان ۳۱/۸۵ با انحراف معیار ۷/۲ و میانگین تحصیلات ۷/۴۷ سال با انحراف معیار ۲/۳۲ سال بود و به طور متوسط ۱۰/۷۶ سال سابقه کار بهوزی داشتند. در گروه شاهد آزمودنی‌ها ۴۴ نفر شامل ۱۴ نفر مرد و ۳۰ نفر زن بودند. میانگین سنی ۲۷/۶ سال با انحراف معیار ۵/۳ و میانگین تحصیلات ۸/۰۶ با انحراف معیار ۲/۱ سال بوده و به طور متوسط ۶/۲۳ سال سابقه کار داشتند. به منظور تجزیه و تحلیل آماری از شاخص‌های مرکزی، پراکندگی، آزمون  $t$  و آزمون  $Z$  با استفاده از برنامه نرم‌افزار آماری استفاده شد.

جمع‌آوری اطلاعات خام با استفاده از تکمیل پرسش‌نامه صورت گرفت. به این صورت که ابتدا طبق هماهنگی با مسئولین شهرستان و توجیه روند کار، تاریخ مراجعه بهروزان به آموزشگاه بهوزی تعیین گردید و در روز مقرر ابتدا اهداف کلی طرح توضیح داده شد آنگاه، با راهنمایی نحوه تکمیل پرسش‌نامه، به صورت گروهی پرسش‌نامه‌های نگرش و آگاهی توسط بهروزان شرکت

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار آزمون آگاهی و خرده آزمون‌های آگاهی در دو گروه آزمون و شاهد

نمره کل آگاهی	آگاهی نسبت به عقب‌ماندگی ذهنی		آگاهی نسبت به بیماری صرع		آگاهی نسبت به شناخت داروهای روان‌پزشکی		آگاهی نسبت به شناخت بیماری‌های روانی		خرده آزمون گروه
	SD	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	
۶/۹۲	۱۸/۷۵	۲/۳۷	۳/۸۹	۱/۶۵	۳/۴۷	۲/۶۷	۵/۶۸	۲/۰۹	۵/۸۳
۵/۸۱	۱۳/۹۵	۱/۹۰	۳/۱۱	۱/۶۷	۲/۴۴	۰/۴۷	۳/۸۶	۲/۲۶	۴/۵
۳/۶۱ **	۱/۷۳ *		۲/۱۸ **		۴/۷ **		۲/۹۳ *		آزمون ۱

$P < 0.05$   
 $P < 0.01$

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار آزمون نگرش در دو گروه تجربی و شاهد

نتیجه آزمون ۱	گروه شاهد		گروه تجربی		گروه آزمون
	SD	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	
* ۰/۳۷	۹/۳۸	۷۹/۷۹	۱۵/۵۴	۷۸/۷۹	آزمون نگرش

\*  $P > 0.05$

میانگین نمرات دو گروه در آزمون نگرش بیانگر این است که تفاوت معنی دار بین دو گروه وجود ندارد.

جدول ۳: میزان بیماریابی و شناسایی موارد به تفکیک نوع بیماری در دو گروه آزمون و شاهد

کل	سایر موارد	عقب ماندگی ذهنی	صع	بیماری خفیف روانی (توروز)	بیماری شدید روانی (سایکوز)	نوع بیماری	
						تعداد	تجربی
۳۸۵	۴۹	۹۶	۶۲	۱۲۲	۵۶	تعداد	تجربی
۸/۶۵	۱/۱۰	۲/۱۵	۱/۳۹	۲/۷۴	۱/۲۶	میزان (در هزار)	
۵۸	۲	۲۱	۱۳	۴	۱۸	تعداد	شاهد
۱/۸	۰/۰۶۲	۰/۶۵	۰/۴۰	۰/۱۲	۰/۵۶	میزان (در هزار)	
	۷/۰۶**	۲*	۱/۲	۴/۰۳**	۳/۴**	نتیجه آزمون نسبت Z	

\*  $P < 0.05$

\*\*  $P < 0.01$

جدول ۴: تعداد و درصد بیماریابی که پس از شناسایی بی‌گیری فعال در مورد آنان در خانه بهداشت صورت گرفته است

بی‌گیری ندارد	بی‌گیری دارد		بی‌گیری
	تعداد	درصد	
درصد	تعداد	درصد	تعداد
۳۳/۸	۱۳۰	۶۶/۲	۲۵۵
۶۲/۱	۳۶	۳۷/۹	۲۲
۱۷/۲۳**			نتیجه $\chi^2$

\*\*  $P < 0.01$

جدول ۵: عملکرد بهورزان و سایر کارکنان در خصوص مسایل مربوط به آموزش، رعایت سیستم ارجاع و پیگیری در دو گروه تجربی و شاهد

درصد پاسخ «خیر»		درصد پاسخ «بلی»		پاسخ	نوع فعالیت
نتیجه	گروه شاهد	گروه تجربی	گروه شاهد		
*	۵۶/۸	۳/۵	۴۳/۲	۹۶/۵	شناسایی موارد بیماری پس از آموزش در زمینه بهداشت روان
*	۷۶/۵	۴۰/۵	۲۳/۵	۵۹/۵	توصیه پزشک مرکز جهت شناسایی و ارجاع بیماران به مرکز و انجام آن توسط بهورزان
*	۸۹/۱	۳۸	۱۰/۹	۶۲	ثبت اطلاعات مربوط به پیگیری و ارجاع بیماران در دفاتر مخصوص
**	۱۷/۹	۱۰/۵	۸۲/۱	۸۹/۲	ارجاع بیماران شناسایی شده به مرکز بهداشتی درمانی روستایی
NS	۹۶/۵	۹۶/۵	۳/۵	۳/۵	ارجاع بیماران شناسایی شده به پزشک شهرستان
*	۳۰	۱۴	۷۰	۸۶	شرکت بهورزان در جلسات ماهانه مرکز بهداشتی درمانی یا مرکز بهداشت شهرستان
*	۳۶/۲	۱۳	۶۳/۸	۸۶/۲	برگزاری جلسات آموزش بهداشت روان به مردم (توسط بهورزان)
*	۸۸/۴	۲۷	۱۱/۶	۷۲/۴	وجود داروهای اساسی بهداشت روان در قفسه پزشک مرکز بهداشتی درمانی روستایی
*	۹۶/۹	۴۱	۳/۱	۵۹	رابگان بودن دارو و خدمات بهداشت روان

\* اختلاف معنی دار بین دو گروه  $P < 0.01$

\*\* اختلاف معنی دار بین دو گروه  $P < 0.05$

### بحث و نتیجه گیری

در پاسخ به این سؤال که آیا ادغام خدمات بهداشت روان در نظام PHC موجب افزایش آگاهی، تغییر در نگرش و عملکرد بهورزان شده است؟ نمرات آزمون آگاهی بهورزان نشانگر این است که بهورزان شهرستان کرمان در خرده آزمون‌های این آزمون یعنی در زمینه آگاهی نسبت به شناخت نشانه‌ها و علائم بیماری‌های روانی و عقب ماندگی ذهنی (۹۵٪)، آگاهی و شناخت داروهای روان پزشکی (داروهای اساسی بهداشت روان در نظام شبکه) آگاهی نسبت به بیماری صرع (۹۹٪) نمره بالاتری نسبت به گروه شاهد (بهورزان شهرستان بردسیر) به دست آوردند. همچنین در کل نمره نیز گروه تجربی برتر از گروه شاهد بودند. بهورزان شهرستان کرمان توانسته‌اند ۵۲٪ از کل نمره آزمون آگاهی را به دست آورند در حالی که بهورزان شهرستان بردسیر ۳۸/۲٪ از کل نمره را به دست آوردند. نگرش بهورزان بردسیر مثبت‌تر از نگرش بهورزان شهرستان کرمان می‌باشد اما این تفاوت معنی دار نیست اگر چه نمرات هر دو گروه بسیار بالاست (جدول ۲). توجه این یافته را می‌توان چنین بیان داشت

که اگرچه تفاوت معنی دار بین نگرش دو گروه وجود ندارد، اما: الف) نمرات نگرش هر دو گروه بالا می‌باشد. ب) متغیرهای کنترل نشده از قبیل آموزش غیر مدون این بهورزان در سمینارهای بهداشت روان و یا مناسبت‌های خاص از جمله برگزاری جلسات آموزش در طی هفته‌های بهداشت روان و غیره می‌تواند موثر باشد. ج) برخی از اجزاء نگرش نسبت به بیماری روانی از طریق آموزش و افزایش اطلاعات قابل تغییر نمی‌باشد. مالا در سال ۱۹۸۷ در آمریکا با مطالعه‌ای مقایسه‌ای روی دانشجویان پرستاری قبل و بعد از گذراندن دوره نظری و عملی روان پزشکی نشان داد که آموزش روی توانایی دانشجویان برای درک و تشخیص بیماری روانی تأثیر دارد ولی روی نگرش آنها در خصوص اتیولوژی، پیش آگهی، درمان و فاصله اجتماعی با بیماران تأثیر اندکی داشته است. مالا اظهار می‌کند که آموزش تأثیر چندانی بر روی تغییر نگرش نداشته و بهتر است قبل از پذیرش دانشجویان کسانی که نگرش مثبت دارند انتخاب شوند (۶). تحقیقات انجام شده در ایران (شاه‌محمدی ۱۳۶۹ و بوالهیری

و همکاران (۱۳۷۳) نشان داده که تفاوت معنی‌دار آماری در ایجاد تغییر مثبت در آگاهی و نگرش و آموزش اجتماعی بهداشت روانی ناشی از ادغام خدمات بهداشت روانی ایجاد نشده است (۲،۵).

با توجه به نتایج (جدول‌های ۵، ۴، ۳)، بهورزان شهرستان کرمان در مقایسه با گروه شاهد در زمینه بیماریابی عملکرد بهتری از خود نشان داده‌اند و تفاوت این عملکرد در سطح اطمینان ۹۹٪ و ۹۵٪ معنی‌دار است. همچنین براساس جداول فوق میزان بیماریابی گروه تجربی ۸/۶۵ در هزار می‌باشد و در گروه شاهد این میزان به ۱/۸ در هزار می‌رسد که میزان بسیار پایینی است و این معیار در کل کشور ۱۰/۴۸ می‌باشد (۱). همچنین دیده شده که گروه تجربی به استثنای شناسایی گروه بیماری‌های خفیف (۲/۷۴) در مقایسه با کل کشور وضعیت مطلوبی دارد.

میزان بیماریابی در گروه تجربی در زمینه بیماری‌های شدید ۱/۲۶ در مقایسه با کل کشور (۱/۱) گروه شاهد (۰/۵۶)، بیماری‌های خفیف (۲/۷۴) در مقایسه با کل کشور (۱/۸۴) گروه شاهد (۰/۱۲)، صرع ۱/۳۹ در مقایسه با کل کشور ۱/۸۴ و گروه شاهد ۰/۴۰، عقب‌ماندگی ذهنی ۲/۱۵ در مقایسه با کل کشور ۲/۲ و گروه شاهد ۰/۶۵ و در نهایت در خصوص سایر بیماری‌های روانی (۱/۱۰) در مقایسه با کل کشور (۱/۱۸) و گروه شاهد (۰/۰۶۲) می‌باشد که عملکرد مطلوبی از خود نشان داده است. در خصوص پی‌گیری فعال بیماری‌های روانی شناسایی شده، در گروه تجربی ۶۶/۲٪ بیماران به صورت فعال پی‌گیری شده‌اند در حالی که این شاخص در گروه شاهد ۳۷/۹٪ می‌باشد که تفاوت در سطح اطمینان ۹۵٪ معنی‌دار است.

عملکرد بهورزان گروه تجربی و شاهد در زمینه شناسایی بعد از آموزش، ثبت اطلاعات مربوط به پی‌گیری و ارجاع در دفاتر مخصوص، ارجاع موارد شناسایی شده به مرکز بهداشتی درمانی و روستایی، شرکت در جلسات پایان ماه بهورزان، برگزاری جلسات آموزش بهداشت روان به مردم، وجود داروها و ... نشان می‌دهد که بهورزان شهرستان کرمان عملکرد بهتری از خود نشان داده‌اند (جدول ۵).

اولین فرضیه این پژوهش بیان‌گر یکسان بودن سطح دانش بهورزان مجری طرح و گروه شاهد بوده است. بر اساس جدول ۱ میزان نمره گروه تجربی (۱۸/۷۵) و گروه شاهد (۱۳/۶۵) می‌باشد که این میزان در آزمون‌های آماری تفاوت معنی‌داری در سطح اطمینان ۹۹٪ نشان می‌دهد. نتایج به دست آمده در این خصوص بیان‌گر این است که میزان آگاهی بهورزان نسبت به بیماری‌های روانی، شناخت داروهای بهداشت روانی و بیماری

صرع و عقب‌ماندگی ذهنی بهتر است. در پژوهش ارزشیابی بهداشت روانی کشور (۱۳۷۴) بهورزان انتخاب شده در سطح کشور ۵۱٪ کل نمره را به دست آورده بودند ولی در این پژوهش این میزان به ۵۲٪ کل نمره و در گروه شاهد این میزان به ۳۸/۷٪ می‌رسد. بنابراین فرضیه اول این پژوهش در سطح اطمینان ۹۹٪ رد می‌شود.

در مورد فرض دوم که نگرش بهورزان گروه تجربی و شاهد تفاوتی ندارد، نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که میانگین نمرات آزمون نگرش گروه تجربی پایین‌تر از گروه شاهد است (۷۸/۷۹ در مقایسه با ۷۹/۷۹) ولی این تفاوت معنی‌دار نیست و فرضیه دوم این پژوهش تایید می‌شود. نکته قابل اهمیت این است که دو گروه نمرات بالایی از نگرش را به دست آورده‌اند. در پژوهش شاه محمدی (۱۳۶۹) و بوالهری (۱۳۷۳) نیز تفاوت معنی‌داری در ایجاد تغییر مثبت در نگرش جامعه و بهورزان ایجاد نشده بود. و این نشان دهنده این است که افزایش آگاهی و دانش الزاماً موجب افزایش میزان نگرش نمی‌گردد.

در مورد فرض سوم که عملکرد بهورزان گروه تجربی و شاهد یکسان است، نتایج به دست آمده در میزان شناسایی بیماران روانی و پی‌گیری فعال و سایر خدمات مربوط به ارجاع، آموزش بهداشت روانی و ثبت اطلاعات در دفاتر مخصوص این فرضیه را رد می‌کند (جدول ۵، ۴، ۳). در مورد میزان بیماریابی، بهورزان گروه تجربی توانسته‌اند این میزان را به ۸/۶۵ در هزار در مقایسه با گروه شاهد که ۱/۸ در هزار می‌باشد برسانند و این تفاوت در سطح ۹۹٪ اطمینان معنی‌دار است. همچنین در خصوص پی‌گیری موارد شناسایی شده، بهورزان گروه مجری طرح ۶۶/۲٪ از بیماران را پی‌گیری فعال کردند و عملکرد بهورزان گروه تجربی در زمینه آموزش بهداشت روان به جامعه و ارجاع بیماران شناسایی شده، فعال‌تر از گروه شاهد بود (به ترتیب ۸۶/۲ در مقایسه با ۶۳/۸٪ در خصوص آموزش بهداشت و ۸۹/۲٪ ارجاع بیماران شناسایی شده به مراکز بهداشتی درمانی در گروه تجربی در مقایسه با ۸۲/۱٪ در گروه شاهد).

با توجه به نتایج به دست آمده در این پژوهش در مقایسه با پژوهش قبلی انجام شده در ایران، می‌توان چنین اشاره نمود که طرح کشوری ادغام خدمات بهداشت روان در مراقبت‌های اولیه بهداشتی تأثیر مفید و قابل ملاحظه‌ای بر روی نگرش، آگاهی و عملکرد بهورزان مجری طرح در مقایسه با گروه شاهد داشته است و این تأثیرات نیز در ارتقاء سطح سلامت روانی جامعه می‌تواند مفید باشد. نتایج این پژوهش هم‌سو با نتایج پژوهش‌های انجام شده در کشورهای مختلف و کشور جمهوری اسلامی ایران

می‌باشد (۲).

طرح تقدیر و تشکر به عمل می‌آید. همچنین از همکار خوبان آقای حمید برنده‌افشار، کارشناس بهداشت روان در مرکز بهداشت استان و معاونت محترم پژوهشی دانشگاه که هزینه‌های این پژوهش را تأمین نموده است، خالصانه تشکر می‌نمایم.

## سپاسگزاری

بدین وسیله از سرپرستان مراکز بهداشت شهرستان‌های کرمان و بردسیر، کارشناسان بهداشت روان و مدیران آموزشگاه‌های بهورزی و کلبه بهورزان دو شهرستان مجری

## Summary

Kap Study of Kerman's Behvarzes in the Field of Psychiatric Disorders after 6 Years Integration of Mental Health in PHC

M. Farajpour, MD<sup>1</sup>; S.H. Motamedi, MD<sup>2</sup>; A. Bahramnejad, MS<sup>3</sup>

1. Psychiatrist, 2. Assistant Professor of Psychiatry, 3. Clinical Psychologist, Kerman University of Medical Sciences and Health Services, Kerman, Iran

*In recent years the programmes of mental health integration in primary health care has been developed quantitatively and qualitatively in IRAN. Evaluation and monitoring of this services seems to be necessary for the determination of its effectiveness. We have studied the knowledge, attitude and practice of Behvarzes about mental health in Kerman (experimental group, n=48) and Bardsir district (control group, n=44) by KAP questioners. The results showed that the rate of case finding in experimental and control group were 8.65 and 1.8 per thousands respectively. Concerning patient referral, follow up and mental health knowledge, Kerman's Behvarzes showed better performances than the control group ( $P \leq 0.01$ ). The knowledge scores of experimental group ( $18.75 \pm 6.92$ ) was significantly higher than the control group [ $(13.95 \pm 5.81)$ , ( $P \leq 0.01$ )]. There was no significant difference between attitude scores of the control group ( $79.79 \pm 9.38$ ) and the experimental group ( $78.79 \pm 15.54$ ).*

Journal of Kerman University of Medical Sciences, 1999; 6(2): 97-104

**Key Words:** Mental health, Primary health care, Attitude, Knowledge, Practice, Behvarz

## منابع

۱. اداره کل مبارزه با بیماری‌ها: طرح کشوری بهداشت روانی. وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی ایران، تهران، ۱۳۷۶.
۲. بوالهروی، جعفر و محیط، احمد: ادغام بهداشت روانی در مراقبت‌های بهداشتی اولیه در منطقه هشتگرد. دانشگاه علوم پزشکی ایران تهران، ۱۳۷۳.
۳. بوالهروی، جعفر، محیط، احمد و شاه محمدی، داوود: ارزشیابی کشوری بهداشت روانی. مجله اندیشه و رفتار، سال سوم، شماره ۳، ۱۳۷۶، تهران.
۴. سازمان جهانی بهداشت: ادغام بهداشت روان در مراقبت‌های بهداشتی اولیه. ترجمه: داوود شاه‌محمدی، عباس باقری‌یزدی و حسن پالاهانگ. انتشارات مجمع علمی و فرهنگی مجد، چاپ اول، تهران، ۲۹۹۰.
۵. شاه محمدی، داوود. ادغام بهداشت روانی در مراقبت‌های بهداشتی اولیه (P.H.C) روستاهای شهرکرد ۶۹-۱۳۶۸.
۶. معتمدی، سیدهادی، کرباسی، حسن و بنی‌واهب، قدسیه: بررسی اختلالات اپیدمیولوژیک روانی در افراد بالای ۱۵ سال در روستاهای گوگر و خیر یافت. پایان‌نامه دوره دکتری تخصصی اعصاب و روان، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی کرمان.
7. Mohan K and Isac C. Manual of mental health For medical officers. India, National instiute of mental health and neuroscience. Bengulor India. 1985.
8. Sartorius N. Mental health in primary care. *Int J Health* 1988; 17: 2-12.

9. WHO. Public mental health, division of mental health and prevention of substance abuse. Geneva, 1996.
10. WHO. Primary health care. Who regional office for south East Asia. Health planning and management Glossary. India international photo Type setters, 1984.
11. WHO. Mental health services in developing countries. *Who chronicle*. 1975; 29: 231-235.
12. WHO. Evaluation of national mental health programme in the Islamic Republic of Iran, 1995.