

فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی، سال پنجم، شماره ۲۰

## بررسی رضایتمندی بیماران روانی و خانواده‌هایشان از برنامه‌های بهداشت روان در مناطق روستایی

فریبا طبری\*، علی اصغر اصغر نژاد\*\*، جعفر بوالهروی\*\*\*

**طرح مسئله:** این پژوهش با هدف تعیین میزان رضایتمندی بیماران روانی و خانواده‌شان از برنامه بهداشت روان در مناطق روستایی شهرستان سنندج در سال ۱۳۸۳ انجام گرفته است.

**روش:** در این مطالعه توصیفی - تحلیلی با استفاده از روش طبقه‌ای، به‌طور تصادفی، اطلاعات مربوط به ۵۱ بیمار روانی و خانواده‌شان که تحت پوشش خانه‌های بهداشت و مراکز روستایی بودند، مورد بررسی و تجزیه و تحلیل قرار گرفته است.

**یافته‌ها:** این پژوهش نشان داد که ۴۷/۶٪ از بیماران روانی و خانواده آنها از نحوه برخورد بهورزان و ۴۷/۳٪ از این بیماران از نحوه ارائه خدمات در خانه بهداشت (دارو، پیگیری، آموزش و ارجاع) راضی بودند. همچنین ۵۷/۱٪ از آنها از نحوه ارائه خدمت در مراکز روستایی (آموزش، دارو، پیگیری و ارجاع) راضی بودند. ۸۶/۳٪ از بیماران مراجعه‌کننده به مراکز روستایی به دلیل به‌صرفه بودن از نظر اقتصادی و ۸۴/۳٪ از آنها به دلیل به‌صرفه بودن از حیث وقت و زمان رضایت داشتند. اما ۶۴/۸٪ از بیماران مراجعه‌کننده به مراکز روستایی از لحاظ نتیجه درمانی ناراضی بودند.

**نتایج:** با ارتقای کیفیت ارائه خدمات، خصوصاً دارو، می‌توان به‌طور مداوم بر میزان رضایتمندی بیماران روانی و خانواده‌شان افزود.

**کلید واژه‌ها:** ارائه خدمت، برنامه بهداشت روان، به‌صرفه بودن، رضایتمندی، سنندج

تاریخ پذیرش: ۸۵/۲/۲

تاریخ دریافت: ۸۴/۶/۲۷

\* کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کردستان  
<faribatairi@yahoo.com>

\*\* دکتر روان‌شناس عمومی، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران

\*\*\* روان‌پزشک، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران

## مقدمه

مراقبتهای بهداشتی اولیه (PHC) از جمله مراقبتهای اساسی<sup>۱</sup> است که تمامی افراد خانواده را از طریق مشارکت کامل تحت پوشش قرار می‌دهد. امروزه ارائه خدمات اساسی بهداشت روان از طریق ادغام در مراقبتهای بهداشتی اولیه مورد توجه بسیاری از کشورهای جهان قرار گرفته و این کشورها توانسته‌اند با تکیه بر تمرکززدایی و ادغام خدمات بهداشت روان در خدمات بهداشت عمومی به نتایج چشمگیری دست یابند. (باقری، ۱۳۸۰:۱۰۲) خدمات بهداشت روانی از جانب پزشکان عمومی و کاردانان بهداشتی و با ادغام در نظام مراقبتهای بهداشتی اولیه در نزدیک‌ترین محل زندگی آنها و در دورافتاده‌ترین نقاط روستایی کشور به نیازمندان ارائه می‌شود. (بینا و همکاران، ۱۳۷۶:۱۲)

## ۱) سوابق پژوهشی

سلامتی، کالای نهایی نظامهای خدمات بهداشتی و درمانی است. کیفیت خدمات در سیستم بهداشتی - درمانی با توجه به اهمیت سلامتی انسان به‌عنوان برون‌داد آن اهمیت بسزایی دارد، (غریبی، ۱۳۸۰:۲) مراقبت از بیماران روانی - عصبی در سیستم بهداشتی، جزء مهم مراقبتهای بهداشتی اولیه است. ارائه خدمات مطلوب و مناسب به آنان از جانب کارکنان کارآموده می‌تواند در جلب رضایت آنان و خانواده‌هایشان تأثیر مثبت داشته باشد. رضایتمندی این گروه از مصرف‌کنندگان خدمات بهداشتی و دیدگاههای خانواده‌هایشان درباره فرایند ارائه خدمات می‌تواند در ارتقای کیفیت خدمات و کارایی سازمان نقش چشمگیری ایفا کند. یکی از مشکلات اساسی در مراکز بهداشتی - درمانی روستایی و خانه‌های بهداشت، عدم مراجعه بیماران روانی است و از طرفی عدم امکان پیگیری فعال به علت ازدحام کاری کارکنان، در این زمینه موجب شده تا برای حل آن چاره‌اندیشی کنیم. بدیهی است که رضایت بیماران روانی و خانواده‌هایشان از برنامه‌های بهداشت روان موجب تداوم مراجعه بیماران روانی به خانه بهداشت و مراکز روستایی شده، زمینه مشارکت فعال آنان را فراهم می‌سازد.

### 1. Primary Health Care

بررسی رضایتمندی بیماران روانی و خانواده‌هایشان ...

نظام بهداشتی- درمانی که در چارچوب شبکه‌های بهداشت و درمان به مردم خدمات ارائه می‌دهد می‌بایست مورد ارزشیابی قرار گیرد. یکی از انواع ارزشیابیها که سالهای اخیر مورد توجه قرار گرفته ارزشیابی براساس رضایت است. این نوع ارزشیابی شامل:

- ۱) ارزشیابی براساس نظریات مدیران اجرایی؛
- ۲) ارزشیابی براساس نظریات کارمندان اداری و اجرایی؛
- ۳) و ارزشیابی براساس نظریات گیرندگان خدمات است.

در وهله اول ارزشیابی نوع سوم امروزه اهمیت بیشتری پیدا کرده است (صدقیانی، ۱۳۷۶). گیرندگان خدمت، محور اصلی و حیاتی یک سازمان هستند و نظام مراقبتهای بهداشتی اولیه برای ارائه خدمت به آنان به وجود آمده است (همان منبع). در نظام بهداشتی، رضایتمندی بسیار با ارزش است. رضایت مراجعان می‌تواند یکی از اهداف مهم و با ارزش هر نظام تولیدکننده کالا یا خدمات باشد. واری (vary) می‌گوید: مراقبتهای بهداشتی که به بیماران ارائه می‌گردد کیفیت بالایی ندارد مگر آنکه مراجعان از آن رضایت داشته باشند (تورین، ۱۹۹۵ به نقل از غریبی، ۱۳۸۰:۳). هدف پژوهش حاضر بررسی رضایتمندی بیماران روانی و خانواده‌هایشان از برنامه بهداشت روان در مناطق روستایی شهرستان سنندج است. انتخاب بیماران روانی به عنوان قشر محروم و آسیب‌پذیر جامعه بدین دلیل صورت گرفته است که همه گروههای دریافت‌کننده خدمات بهداشت روانی اعم از زن و مرد، کودک و بزرگسال، پسر و جوان، با انواع اختلالات روانی - عصبی (شدید روانی، صرع، عقب‌ماندگی ذهنی و اختلالات رفتاری کودکان و نوجوانان) را به نحوی در بر می‌گیرد.

بهداشت روان یکی از برنامه‌های واحد پیشگیری و مبارزه با بیماریهای موجود در مراکز بهداشتی درمانی روستایی است که توسط تکنسین یا کاردان مبارزه با بیماریها و یا کاردانهای چند پیشه در مرکز بهداشتی - درمانی روستایی، به‌روزان شاغل در خانه بهداشت و پزشکان عمومی شاغل در مرکز بهداشتی- درمانی روستایی، خدماتی از قبیل آموزش بهداشت روانی، شناسایی کلیه بیماران روانی عصبی در محدوده جمعیتی خود، پیگیری بیماران روانی، ارجاع بیماران روانی و درمان بیماران روانی به مراجعان ارائه می‌دهند. جمع‌آوری آمار و اطلاعات و ارسال آن به مرکز بهداشت شهرستان از دیگر وظایف آنان است.

خدمات بهداشت روانی به جمعیت روستایی ۹۶۵۰۲ نفری شهرستان سنندج از طریق ۸ مرکز بهداشتی درمانی روستایی و ۳ مرکز بهداشتی درمانی شهری - روستایی و ۶۳ خانه بهداشت تابعه آن ارائه می‌گردد.

بنابراین بررسی بیماران روانی و خانواده‌هایشان درخصوص رضایتمندی از نظام ارائه خدمات بهداشت روان در خانه‌های بهداشتها و مراکز بهداشتی - درمانی روستایی و در کل برنامه بهداشت روان، ما را در شناسایی مشکلات نظام ارائه دهنده خدمات یاری خواهد داد.

## ۲) روش

### ۲-۱) نوع مطالعه

نوع مطالعه این بررسی از نوع توصیفی - تحلیلی است که در نیمه اول سال ۸۳ انجام گرفت.

### ۲-۲) جامعه آماری و روش نمونه‌گیری

با توجه به اینکه تعداد ۱۱ مرکز بهداشتی - درمانی روستایی تحت پوشش شهرستان سنندج، ارائه دهنده خدمات به مردم و بیماران هستند، تعداد ۳۳ خانه بهداشت (از هر مرکز ۳ خانه) به‌طور تصادفی انتخاب و بیمارانی که پرونده روانپزشکی داشتند و تحت پوشش برنامه‌های بهداشت روان بودند، انتخاب شدند. تعداد ۵۱ نفر از بیماران روانپزشکی و خانواده‌شان، تحت پوشش این ۳۳ خانه بهداشت - که تمایل به همکاری داشتند - مورد بررسی قرار گرفتند.

### ۲-۳) ابزار اندازه‌گیری

ابزار جمع‌آوری اطلاعات ۲ پرسشنامه بود.

۱. پرسشنامه میزان رضایتمندی بیماران روانی تحت پوشش و خانواده‌شان از برنامه بهداشت روان که شامل ۱۹ سؤال است. ۷ سؤال اطلاعات زمینه‌ای است و بقیه سؤالات مربوط به مراجعات بیمار به خانه بهداشت و مرکز بهداشتی - درمانی و یا عدم مراجعه به خانه بهداشت و مرکز روستایی و ... است.
۲. پرسشنامه میزان رضایت بیماران روانی تحت پوشش مراکز بهداشتی - درمانی که

شامل ۲۱ سؤال در خصوص میزان رضایت بیماران و خانواده‌هایشان براساس مقیاس لیکرت (کاملاً راضی؛ راضی؛ نظری ندارم؛ ناراضی و کاملاً ناراضی)؛ ۲ سؤال اطلاعات زمینه‌ای است مربوط به خانه بهداشت و مرکز بهداشتی - درمانی روستایی؛ ۲ سؤال مربوط به زمان ارائه خدمات؛ ۶ سؤال مربوط به کارکنان و نحوه ارائه خدمات آنان در خانه بهداشت؛ ۶ سؤال مربوط به کارکنان مرکز روستایی و نحوه ارائه خدمات آنان و ۵ سؤال مربوط به رضایت بیماران و خانواده‌شان از برنامه بهداشت روان است.

#### ۲-۴) روش جمع‌آوری داده

داده‌ها به وسیله پرسشنامه با مراجعه به در منزل بیماران و خانواده‌شان و یا حضورشان در خانه بهداشت و مرکز بهداشتی - درمانی روستایی و مصاحبه با آنان توسط پرسشگران جمع‌آوری شد. به منظور پرسشگری از کارشناسان بهداشت عمومی، از کارکنان بهداشت خانواده و محیط که آشنا به برنامه بهداشت روان بودند استفاده شد. این پرسشنامه‌ها که براساس متون آموزشی کارکنان سطوح مختلف ارائه خدمات تهیه و در سه کارگاه آموزشی مورد بررسی و تجدید نظر قرار گرفته است، به صورت آزمایشی بر روی ۱۰٪ از خانه‌های بهداشت ۶ استان کشور انجام گرفته است. نتایج آزمایشی این طرح نشان‌دهنده پایایی و اعتبار سؤالات این پرسشنامه‌ها است.

منابع گرفتن اطلاعات در تکمیل پرسشنامه‌ها به دست یک فرد کلیدی، کسی که در طی روز در ارتباط و تماس چهره به چهره با بیمار است مانند همسر، پدر، مادر و یا توسط فردی که بیمار را به خوبی بشناسد مانند بهورز و استفاده از اطلاعات ثبت شده در پرونده بیمار و همچنین به همت خود بیمار - آنهایی که قادر و متمایل بودند - صورت گرفته است.

#### ۲-۵) روش تجزیه و تحلیل داده‌ها

در مجموع ۵۱ پرسشنامه توسط نمونه‌ها در جمعیت ۶۷۱۱۵ نفری روستایی تکمیل و مورد ارزیابی قرار گرفت که با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS مورد بررسی قرار گرفت و با استفاده از آمار توصیفی و آزمون آماری مجذور خی ارائه شد.

### ۳) یافته‌ها

بیماران روانی مورد مطالعه، ۵۱٪ مرد و ۴۹٪ زن هستند. توزیع فراوانی سنی بیماران نشان می‌دهد که بیشترین فراوانی در گروه سنی ۱۸-۲۸ سال ۵۳/۳٪ دیده می‌شود. از نظر شغلی ۲۳/۵٪ بیماران مورد مطالعه بیکار و ۴۵/۱٪ خانه‌دار و از نظر تحصیلی ۶۰/۸٪ بی‌سواد بودند. بیشترین فراوانی محل سکونت با ۶۹/۴٪، مربوط به بیمارانی است که در فاصله بالای ۳۰ کیلومتر فاصله از شهر سنندج ساکن بودند. بیشترین فراوانی رضایت از نحوه پاسخگویی کارکنان مربوط به بهورزان با فراوانی نسبی ۹۲/۸٪ و بیشترین فراوانی رضایت از نحوه برخورد مربوط به کارکنان مرکز روستایی با فراوانی نسبی ۵۷/۸٪ بود.

۶۶/۷٪ از بیماران روانی از نحوه ارائه خدمت دارو درمان در مراکز روستایی راضی و ۳۷/۲٪ از آنان از نحوه ارائه خدمت دارو درمان در خانه بهداشت راضی بودند.

جدول ۱: توزیع فراوانی میزان رضایتمندی بیماران روانی و خانواده‌شان برحسب نحوه ارائه خدمت در خانه‌های بهداشت و مراکز روستایی مورد مطالعه  $n = 51$

رضایتمندی	راضی	مرکز روستایی
نوع فعالیت	خانه بهداشت	فراوانی (%)
ارجاع	۲۶ (۵۰/۸)	۳۳ (۶۴/۳)
پیگیری	۲۶ (۵۰/۸)	۲۱ (۴۰/۵)
دارو و درمان	۱۹ (۳۷/۲)	۳۴ (۶۶/۷)
آموزش	۱۸ (۳۵/۳)	۲۶ (۵۰/۸)

طبق جدول فوق، بیشترین فراوانی میزان رضایتمندی مربوط به دارو درمان در مراکز روستایی با فراوانی ۶۶/۷٪ است.

جدول ۲: توزیع فراوانی علل عدم مراجعه بیماران روانی به خانه‌های بهداشت و مراکز روستایی از نظر آنان

متغیرها	خانه بهداشت	مرکز روستایی
علت عدم مراجعه	فراوانی (%)	فراوانی (%)
دور بودن از محل سکونت	۶ (۲۰)	۱۵ (۳۷/۵)
نامناسب بودن زمان ارائه خدمت	۱ (۳/۳)	۰
کیفیت پایین خدمات	۲ (۶/۶)	۴ (۱۰)
ارائه ندادن خدمات بهداشت روان	۵ (۱۶/۶)	۳ (۷/۵)
برخورد نامناسب کارکنان	۲ (۶/۶)	۰
مراجعه به بخش خصوصی	۱۰ (۳۳/۳)	۸ (۲۰)
نیازی به دریافت خدمات ندارم	۱ (۳/۳)	۴ (۱۰)
سایر	۳ (۱۰)	۶ (۱۵)
کل	۳۰ (۱۰۰)	۴۰ (۱۰۰)

جدول ۳: توزیع فراوانی میزان رضایتمندی بیماران روانی در مراجعه به مراکز روستایی

برحسب به صرفه بودن از نظر زمان و هزینه مالی و نتیجه درمان

میزان رضایت در مراجعه به مرکز روستایی	راضی		ناراضی		کل
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	
از نظر اقتصادی	۴۴	۸۶/۲	۷	۱۳/۷	۵۱
از نظر وقت و زمان	۴۳	۸۴/۳	۸	۱۵/۶	۵۱
از نظر نتیجه درمان	۱۸	۳۵/۲	۳۳	۶۴/۷	۵۱

طبق جدول فوق، مراجعه به بخش خصوصی، بیشترین فراوانی علت عدم مراجعه به خانه بهداشت با فراوانی نسبی ۳۳/۳٪ است و نامناسب بودن زمان ارائه

خدمت با فراوانی نسبی ۳/۳٪ کمترین علت عدم مراجعه به خانه بهداشت است. دور بودن مرکز بهداشتی - درمانی روستایی از محل سکونت، بیشترین فراوانی علت عدم مراجعه به مرکز بهداشتی - درمانی روستایی با فراوانی نسبی ۳۷/۵٪ و ارائه ندادن خدمات بهداشت روان با فراوانی نسبی ۷/۵٪ است. ۸۶/۲٪ از بیماران روانی مراجعه کننده به مراکز روستایی در مراجعه به این مراکز از نظر به صرف بودن از لحاظ اقتصادی راضی و ۸۴/۳٪ از آنان از نظر به صرفه بودن از لحاظ وقت و زمان رضایت داشتند. ۶۴/۸٪ از بیماران مراجعه کننده به مراکز روستایی از نتیجه درمان ناراضی بودند. (جدول ۳)

بین رضایتمندی بیمار روانی و خانواده اش از خانه بهداشت و فاصله محل سکونت تا شهر سنج ارتباط معناداری وجود نداشت. بین رضایتمندی بیمار روانی و خانواده اش از خانه بهداشت و نحوه برخورد کارکنان خانه بهداشت رابطه معناداری وجود داشت. ( $P < 0/05$ )

بین رضایتمندی بیماران روانی و خانواده شان از خانه بهداشت با نحوه ارائه خدمت (دارو و درمان) در خانه بهداشت رابطه معناداری وجود دارد. ( $P < 0/012$ )

بین رضایتمندی بیماران روانی و خانواده شان از خانه بهداشت با نحوه ارائه خدمت (پیگیری) در خانه بهداشت رابطه معناداری وجود دارد. ( $P < 0/002$ )

بین رضایتمندی بیماران روانی و خانواده شان از خانه بهداشت با نحوه ارائه خدمت (ارجاع) در خانه بهداشت رابطه معناداری وجود دارد. ( $P < 0/002$ )

بین رضایتمندی بیماران روانی و خانواده شان از خانه بهداشت با نحوه ارائه خدمت (آموزش) در خانه بهداشت رابطه معناداری وجود دارد. ( $P < 0/026$ )

طبق جدول ۵، بین رضایتمندی بیماران روانی و خانواده اش از مرکز روستایی با نحوه برخورد کارکنان مرکز روستایی رابطه معناداری وجود دارد. ( $P < 0/047$ )

بین رضایتمندی بیماران روانی و خانواده شان از مرکز روستایی با نحوه ارائه خدمت (دارو و درمان) در مرکز روستایی رابطه معناداری وجود دارد. ( $P < 0/014$ )

بین رضایتمندی بیماران روانی و خانواده شان از مرکز روستایی با نحوه ارائه خدمت (پیگیری) در مرکز روستایی رابطه معناداری وجود دارد. ( $P < 0/003$ )



جدول ۴: عوامل مرتبط با رضایتمندی بیماران روانی و خانواده‌شان از خانه بهداشت در

جمعیت مورد مطالعه

سطح معناداری	X <sup>۲</sup>	ناراضی	راضی	عوامل	فرضیه‌ها
N.S	۲/۴۷	۱۷	۱۴	بالای ۳۰ کیلومتر	ارتباط بین رضایتمندی بیمار روانی با خانواده از خانه بهداشت بر حسب فاصله محل سکونت تا سنندج
		۱۳	۸	زیر ۳۰ کیلومتر	
۰/۰۵	۷/۸۳۲	۵	۱۵	خوشایند	ارتباط بین رضایتمندی بیمار روانی و خانواده از خانه بهداشت و نحوه برخورد کارکنان خانه بهداشت
		۱۵	۷	ناخوشایند	
۰/۰۱۲	۶/۳۱	۵	۱۴	مناسب	ارتباط بین رضایتمندی بیمار روانی و خانواده از خانه بهداشت با نحوه ارائه خدمت (دارو و درمان) در خانه بهداشت
		۱۵	۸	نامناسب	
۰/۰۰۲	۹/۵۴	۵	۱۶	مناسب	ارتباط بین رضایتمندی بیمار روانی و خانواده از خانه بهداشت و نحوه ارائه خدمت (پیگیری) در خانه بهداشت
		۱۵	۶	نامناسب	
۰/۰۰۲	۹/۵۴	۵	۱۶	مناسب	ارتباط بین رضایتمندی بیمار روانی و خانواده از خانه بهداشت و نحوه ارائه خدمت (ارجاع) در خانه بهداشت
		۱۵	۶	نامناسب	
۰/۰۲۶	۴/۹۷	۵	۱۳	مطلوب	ارتباط بین رضایتمندی بیمار روانی و خانواده از خانه بهداشت و نحوه ارائه خدمت (آموزش) در خانه بهداشت
		۱۵	۹	نامطلوب	

بین رضایتمندی بیماران روانی و خانواده‌شان از مرکز روستایی با نحوه ارائه خدمت (ارجاع) در مرکز روستایی رابطه معناداری وجود دارد. ( $P < ۰/۰۴۰$ )  
 در کل ۵۲/۴٪ از بیماران روانی و خانواده‌شان از خانه بهداشت راضی و ۶۶/۷٪ از آنها از مراکز روستایی راضی بودند.

جدول ۵: عوامل مرتبط با رضایتمندی بیماران روانی و خانواده از مرکز بهداشتی - درمانی روستایی مورد مطالعه

سطح معناداری	X <sup>۲</sup>	ناراضی	راضی	عوامل	فرضیه‌ها
۰/۰۴۷	۳/۹۳	۵	۱۹	خوشایند	ارتباط بین رضایتمندی بیماران روانی و خانواده‌شان از مرکز بهداشتی درمانی روستایی و نحوه برخورد کارکنان مرکز روستایی
		۹	۹	ناخوشایند	
۰/۰۱۴	۵/۹۷	۲	۱۵	مناسب	ارتباط بین رضایتمندی بیماران روانی و خانواده‌شان از مرکز روستایی و نحوه ارائه خدمت (دارو و درمان) در مرکز روستایی
		۱۲	۱۳	نامناسب	
۰/۰۰۳	۹/۰۵۴	۵	۲۳	مناسب	ارتباط بین رضایتمندی بیماران روانی و خانواده‌شان از مرکز روستایی و نحوه ارائه خدمت (پیگیری) در مرکز روستایی
		۹	۵	نامناسب	
۰/۰۴۰	۴/۲۰۰	۶	۲۱	مناسب	ارتباط بین رضایتمندی بیماران روانی و خانواده‌شان از مرکز روستایی و نحوه ارائه خدمت (آموزش) در مرکز روستایی
		۸	۷	نامناسب	

#### ۴) بحث و نتیجه‌گیری

نتایج حاصله از این پژوهش، پراکندگی سنی بیماران روانی را نشان می‌دهد به طوری که فراوانی سن ابتلای بیماری از اولین دهه عمر تا دهه ششم وجود داشته که این بیانگر آن است که بیماری‌های روانی در همه سنین دامنگیر انسان می‌شود اما میزان شیوع بیماری در این مطالعه که در سنین جوانی بیشتر است با میزان شیوع بیماری در پژوهش نوربالا و همکاران (۱۳۸۰) که در سنین بالای ۴۰ سال فراوانی بیشتر است، همخوانی ندارد. همچنین یافته‌های این بررسی نشان داد که میزان شیوع بیماری در افراد بی‌سواد و کم‌سواد بیشتر از افراد باسواد و در مردان بیکار و زنان خانه‌دار بیش از سایر مشاغل است که با نتایج به‌دست آمده مطالعات باقری یزدی و همکاران (۱۳۷۱)، نوربالا و همکاران (۱۳۷۸) و یافته سایر مطالعات انجام گرفته در ایران همخوانی دارد.

طبق یافته‌های این تحقیق، ۴۷٪ از بیماران روانی تحت پوشش به علل مختلف به خانه بهداشت مراجعه نمی‌کنند.

مراجعه به بخش خصوصی می‌تواند به علت ارائه ندادن خدمات بهداشت روان در خانه بهداشت یا کیفیت پایین خدمات در خانه بهداشت باشد بخصوص که داروهای بیماران روانی در اختیار بهورز نیست و بیماران باید آن را از داروخانه مراکز روستایی تحویل بگیرند در صورتی که بهورز بجز داروهای بیماران روانی اکثر داروها را در خانه بهداشت در اختیار خود دارد.

بنابر یافته‌های این پژوهش، ۶۳٪ از بیماران روانی به مراکز بهداشتی - درمانی روستایی به دلایل مختلف مراجعه نمی‌کنند که علت اصلی آن مربوط به دور بودن مراکز روستایی از محل سکونت بیمار با ۳۷/۵٪ است. دور بودن مراکز روستایی تا محل سکونت بیمار تأمل برانگیز است زیرا که محل استقرار مراکز روستایی باید طوری باشد که مراجعه‌کنندگان به این مراکز از هر کدام از روستاهای تحت پوشش مراکز که رجوع می‌کنند، مرکز روستایی در مسیر راه آنان باشد تا در وقت و هزینه متحمل شده صرفه‌جویی به عمل آید لکن نتایج در این پژوهش نشان داده که دلیل اصلی عدم مراجعه بیماران، دور بودن مراکز روستایی و صعب‌العبور بودن مراکز خصوصی نسبت به آن است. کیفیت پایین خدمات و ارائه ندادن خدمات بهداشت روان در مراکز روستایی به بیماران از علتهای دیگر عدم مراجعه بیماران به مراکز روستایی است که بیشتر به تشخیص و درمان پزشک مرکز و وجود داروهای بهداشت روان در مراکز روستایی برمی‌گردد.

میزان رضایتمندی بیماران روانی مورد مطالعه و خانواده‌شان از مراکز بهداشتی - درمانی روستایی با نحوه ارائه خدمات بهداشت روانی رابطه معناداری دارد. جدول ۵ با توجه به اینکه دارو و درمان بیماران روانی از طریق مراکز روستایی تأمین می‌گردد، هرگونه قصور، توجه یا سهل‌انگاری، در میزان رضایت آنان از مراکز روستایی تأثیر دارد. کمبود دارو باعث عدم رضایت بیماران از مراکز روستایی و در نتیجه مراجعه به بخش خصوصی و در نهایت اثر بخشی ضعیف برنامه ادغام بهداشت روان را به همراه خواهد داشت، در مورد نحوه پیگیری و ارجاع بیماران و میزان رضایت بیماران از مراکز روستایی، هر قدر این خدمات به نحو مطلوب‌تری ارائه گردد میزان رضایتمندی بیماران روانی از مراکز روستایی بیشتر خواهد بود.

یافته دیگر این پژوهش درباره نحوه برخورد کارکنان مراکز روستایی و بهورزان با بیماران روانی مورد مطالعه بود که رابطه معناداری بین رضایتمندی بیماران روانی از خانه بهداشت و مراکز روستایی بر مبنای نحوه برخورد کارکنان آن وجود دارد.

میزان رضایتمندی بیماران روانی از نحوه پاسخگویی بهورزان ۹۲/۸٪ و نسبت به کارکنان مراکز روستایی ۷۱/۴٪ است. بهورزان به علت بومی بودن به تمام خصوصیات بیماران روانی آشنایی دارند و بیشتر از کارکنان مراکز روستایی با بیماران روانی سروکار دارند، زبان آنان را بهتر درک می‌کنند و این دلیل اصلی افزایش درصدی بهورزان است. کارکنان مراکز روستایی به دلیل شناخت کمتر بیماران روانی و تماس محدودتر با آنان نمی‌توانند جوابگوی تمام پاسخهای بیماران روانی باشند؛ خاصه که اغلب آنان غیربومی هستند.

از نتایج دیگر این پژوهش، می‌توان به میزان رضایت بیماران روانی مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی - درمانی روستایی - که ۳۷٪ از بیماران مورد مطالعه را شامل می‌شد - برحسب به صرفه بودن از نظر هزینه مالی و زمانی و نتیجه درمان بود (جدول).

نتایج حاصله نشان‌دهنده رضایت ۸۶/۲٪ از بیماران روانی در مراجعه به مراکز روستایی به دلیل به صرفه بودن در هزینه مالی آنان نسبت به مراکز خصوصی بود که با مطالعات قاضی‌زاده (۱۳۷۴) و گلدبرگ (Goldberg, 1995) مبنی بر تأثیر این خدمات که موجب افزایش هزینه کلی خدمات و کاهش در هزینه درمان موردی گردیده، یکسان است. رضایت ۸۴/۳٪ از بیماران روانی در مراجعه به مراکز روستایی به دلیل به صرفه بودن از حیث زمانی نسبت به مراکز خصوصی است. اما ۶۴/۸٪ از بیماران روانی در مراجعه به مراکز روستایی از نتیجه درمان ناراضی بودند که با پژوهش هانسون (Hansson, 1994) که بیماران خشنودی کمی نسبت به این خدمات داشتند و همچنین با مطالعه انستیتو (Socijalnu medicinu, 1991) که فقط ۶/۵٪ از خدمات PHC (مراقبت‌های بهداشتی اولیه) رضایت داشتند، همخوانی دارد. میزان بالای ۵۰٪ ناراضی‌تی از مراکز روستایی از جانب بیماران را می‌توان به کمبودهای دارویی، عدم آشنایی پزشک مرکز با برنامه‌های بهداشت روان و در نتیجه نظارت ضعیف پزشک بر نحوه ارجاع و پیگیری و روند درمان بیماران و نحوه فعالیت بهورزان دانست. این موارد دلایل خوبی برای تضعیف نتیجه درمانی مراکز می‌تواند باشد.

یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که میزان رضایتمندی بیماران روانی از ادغام برنامه بهداشت روان در خانه‌های بهداشت ۵۲/۴٪ و از مراکز روستایی ۶۶/۷٪ است. میزان رضایت بیماران روانی و خانواده‌شان که نشان‌دهنده کیفیت بالای خدمات ارائه شده به آنان و موفقیت برنامه می‌تواند باشد در این پژوهش، در حد قابل قبولی است و با نتیجه مطالعات غربی (۱۳۸۰) و پریانی (۱۳۷۷) و رندال و مهتادی (Rendall, Mohtadi, 1997) دال بر رضایت از خدمات ارائه شده، همخوانی دارد. به نظر می‌رسد برای بالا بردن میزان رضایتمندی بیماران روانی و خانواده‌شان از برنامه‌های بهداشت روان باید کیفیت ارائه خدمات و استفاده بهینه از منابع و امکانات را بالا برد.

## ۵) پیشنهادات

با توجه به عملکرد ضعیف پزشکان عمومی و نارضایتی ۶۴٪ از بیماران روانی از نتایج درمانی، آموزش برنامه‌های بهداشت روان و یا بازآموزشی مجدد پزشکان، ضروری به نظر می‌رسد. کمبود داروهای اساسی بهداشت روان در مراکز روستایی موجب نارضایتی مردم و از جمله علل عدم مراجعه بیماران روانی به مراکز می‌باشد که برای رفع آن باید تلاش کرد. با توجه به مراجعه بیش از حد بیماران و مردم به مراکز خصوصی، بهتر است اسباب خصوصی‌سازی درست فراهم شده از منابع بخش خصوصی به منظور تقویت PHC استفاده بهینه به عمل آید. با توجه به عدم مراجعه بیماران به مراکز بهداشتی - درمانی و خانه‌های بهداشت به دلیل نارضایتی از کیفیت پایین خدمات بهداشت روان، ضروری است که هر چه سریع‌تر در جهت ارتقای کیفیت خدمات بهداشت روان اقدامات اساسی صورت گیرد.

- باقری یزدی، سیدعباس. ملک افضلی، حسین. شاه‌محمدی، داود. نقوی، محسن. حکمت، سیمین (بی‌تا). ارزیابی عملکرد بهورزان و رابطین داوطلب بهداشتی در ارائه خدمات بهداشت روان در شبکه مراقبتهای بهداشتی اولیه شهرستان بروجن - استان چهارمحال بختیاری، مجله حکیم، دوره چهارم، شماره دوم.
- بوالهری، جعفر. (۱۳۸۱)، بهداشت روان برای کارشناسان بهداشت روانی، تهران: انتشارات بشری.
- بینا، مهدی. بوالهری، جعفر. باقری یزدی، سیدعباس. (۱۳۷۶)، بررسی عملکرد بهداشت روانی پزشکان عمومی در مراکز بهداشتی - درمانی روستایی ایران، طب و تزکیه، شماره ۲۵، ص ۱۲.
- پریانی، عباس. (۱۳۷۷)، بررسی رضایتمندی دریافت‌کنندگان خدمات از عملکرد خانه بهداشت و مراکز بهداشتی - درمانی روستایی شهرستان قروه، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، آموزش بهداشت دانشگاه علوم پزشکی ایران.
- دمینگ، توربین. (۱۳۷۶)، هفت دستور طلایی برای جلب رضایت مشتری (عبدل شلال‌بند)، تدبیر، سال ۶، شماره ۵۸.
- صدقیانی، ابراهیم. (۱۳۷۶)، ارزیابی مراقبتهای بهداشتی و درمانی و استانداردهای بیمارستانی، تهران: انتشارات معین، علم و هنر.
- غریبی، فردین. (۱۳۸۰)، بررسی میزان رضایتمندی زنان تحت پوشش واحد بهداشت خانواده پایگاههای بهداشت شهرستان سنندج، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، مدیریت خدمات بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران.
- قاضی‌زاده، احمد. (۱۳۷۴)، تحلیل هزینه - منفعت بیماران تحت پوشش طرح ادغام بهداشت روانی در مراقبتهای بهداشتی اولیه، پایان‌نامه دکتری مدیریت بهداشت، تهران: دانشگاه آزاد اسلامی.
- نوربالا، احمد. باقری یزدی، سیدعباس. (۱۳۷۸)، بررسی وضعیت سلامت روان افراد ۱۵ سال و بالاتر در جمهوری اسلامی ایران، مجله حکیم، دوره پنجم شماره ۱.
- نوربالا، احمد. محمد، کاظم و همکاران. (۱۳۸۰)، نگاهی بر سیمای سلامت روان در ایران، تهران.
- Goldberg, DP. (1995), **Cost - Effective Studies in the Evaluation of Mental Health Services in the Community**, International Clinical Psychopharmacology, 9, 29-34.

## References

## منابع

- Hansson, L. Bergguist, L. Nettebland, P. Nordtrom, G. (1994), **The Course of Psychiatric Illness Primary Care Patients**, Social Psychiatry and Pschiatric Epidemiology, 26, 147-150.
- Institutza Socijainu Medicinu. (1991), Evaluation of Citizen Satisfaction with the Organization of the Primary Health Care System, Med, Arh, 45, 3-4.
- Rendall, Eo, Mohtadi, NG. (1997), Satisfaction with Health Care Services with Respect to Runnig Injuries, Alberta, Clin J Sport Med, Apr, 7, 2.