



## فراوانی تشخیص‌های روانپزشکی در بیماران ارجاعی برای مشاوره روانپزشکی در یک بیمارستان عمومی

دکتر کیومرث فرد<sup>\*</sup>، مجتبی احسان‌منش<sup>\*\*</sup>

### چکیده

**مقدمه:** این بررسی با هدف تعیین علل ارجاع بیماران بستری در بخش‌های مختلف یک بیمارستان عمومی آموزشی به واحد مشاوره روانپزشکی، ویژگی‌های جمعیت‌شناختی آنان و تشخیص‌های عنوان شده از سوی روانپزشک مشاور انجام گردیده است.

**مواد و روش کار:** آزمودنی‌های پژوهش را ۳۰۰ بیمار (۱۲۶ مرد، ۱۷۴ زن) ارجاع شده از ۱۲ بخش بستری بیمارستان آموزشی حضرت رسول اکرم (ص) واقع در شهر تهران تشکیل داده‌اند که به صورت پیاپی طی مدت سه سال به واحد مشاوره روانپزشکی این بیمارستان ارجاع شده بودند. این افراد به کمک یک پرسش‌نامه‌ی جمعیت‌شناختی و مصاحبه‌ی بالینی روانپزشکی مورد ارزیابی قرار گرفتند. داده‌های پژوهش به کمک روش‌های آمار توصیفی تحلیل و آرایه گردیده است.

**یافته‌ها:** ۴۰/۴٪ افراد مورد بررسی در گروه سنی ۴۰-۱۸ سال قرار داشتند. یافته‌های پژوهش نشان داد که بیشترین درصد آزمودنی‌های پژوهش از بخش‌های داخلی (۴۴٪) ارجاع شده‌اند و پزشکان بیشترین درصد بیماران ارجاع شده را به‌منظور ارزیابی روانی (۱۳٪) و پس از آن به دلیل مصرف داروهای روان‌گردان (۱۱٪) ارجاع داده‌اند. در ارزیابی روانپزشک از وضعیت روانی بیماران ارجاع شده، بیشترین درصد مبتلا به اختلال‌های عاطفی (۲۴/۴٪) و تطابق به بیماری جسمی (۱۳/۷٪) بوده‌اند.

**نتیجه‌گیری:** مشکلات روانپزشکی در بخش‌های بستری این بیمارستان عمومی شایع است.

کلیدواژه: اختلال‌های روانپزشکی، بیمارستان عمومی، بخش روانپزشکی

\* روانپزشک، استادیار دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی ایران، تهران، خیابان ستارخان، خیابان نیایش، انستیتو روانپزشکی تهران و

E-mail: mdward@yahoo.com

مرکز تحقیقات بهداشت روان (نویسنده مسئول).

\*\* کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، بخش پژوهش انستیتو روانپزشکی تهران، تهران، خیابان ستارخان، خیابان نیایش، انستیتو روانپزشکی تهران و

مرکز تحقیقات بهداشت روان.

مقدمه

افراد از خدمات روانپزشکی برخوردار شده‌اند، هم پزشکان معالج ایشان در زمینه‌ی تشخیص و درمان، احساس رضایت بیشتری داشته‌اند و هم بیماران به دلیل بهبودی مشکلات بدنی و روانی خویش احساس بهتری داشته‌اند (جلیلی، ۱۳۶۰؛ یتز، ۳۳، ۱۹۹۹). برای نمونه در یک بررسی بر روی گروهی از بیماران مراجعه‌کننده به بخش‌های مختلف یک بیمارستان عمومی - آموزشی در حومه‌ی یکی از شهرهای بزرگ آمریکا در مدت ۱۲ ماه، ۱۶۵ نفر (۴/۲٪ بیماران مراجعه‌کننده به بیمارستان) توسط پزشکان، به واحد مشاوره‌ی روانپزشکی ارجاع شدند. این بررسی نشان داد که وجود اختلال‌های روانپزشکی در بیماران، مدت اقامت آنان را در بیمارستان افزایش داده است. شایع‌ترین دلیل ارجاع این بیماران، وجود افسردگی، ارزیابی خطر خودکشی، نشانگان عضوی مغز و پیش‌بینی عنصر روانشناختی در بیماری بود. شایع‌ترین تشخیص‌های روانپزشکی عنوان شده از سوی روانپزشک مشاور عبارت از خلق افسرده (۵۵٪) اختلال‌های روانی عضوی (۳۵٪)، اختلال‌های سازگاری (۱۹٪)، اختلال‌های شبه جسمی (۱۶٪) و اختلال‌های شخصیت (۱۵٪) بود و ۶۷٪ بیماران دست‌کم یک تشخیص روانپزشکی داشتند (کلارک و اسمیت، ۱۹۹۵).

در بررسی دیگری ایزدی (۱۳۶۰) ۱۰۰ بیمار بستری در یک بخش داخلی یک مجتمع بزرگ پزشکی در شهر

در بررسی‌های گوناگون گروه بزرگی از بیماران بستری در بخش‌های مختلف بیمارستان‌های عمومی دچار یک یا چند اختلال روانی گزارش شده‌اند (اولدال<sup>۱</sup>، کوتسکی<sup>۲</sup> و بدشاو<sup>۳</sup>، ۱۹۴۴؛ مارتوسی<sup>۴</sup>، بالستری<sup>۵</sup>، بیسوفی<sup>۶</sup> و بونیزاتو<sup>۷</sup>، گوور<sup>۸</sup>، ۱۹۹۹؛ روتن‌هاسلر<sup>۹</sup>، اهرنترات<sup>۱۰</sup> و کاپفهامر<sup>۱۱</sup>، ۲۰۰۱).

ابتلای هم‌زمان فرد به یک اختلال جسمی و یک اختلال روانی سبب طولانی‌شدن مدت بیماری و باعث اقامت بیش از حد وی در بیمارستان، پاسخ ندادن به روش‌های درمانی رایج برای بیماری‌های جسمی (جانسون<sup>۱۲</sup>، ویستمن<sup>۱۳</sup> و کلرمن<sup>۱۴</sup>، ۱۹۹۲؛ کونینگ<sup>۱۵</sup>، شلپ<sup>۱۶</sup>، گلی<sup>۱۷</sup>، کوهن<sup>۱۸</sup> و بلیزر<sup>۱۹</sup>، ۱۹۸۹) و بالا رفتن هزینه‌های درمان (کلارک<sup>۲۰</sup> و اسمیت<sup>۲۱</sup>، ۱۹۹۵؛ سیمون<sup>۲۲</sup>، اورمال<sup>۲۳</sup>، ونکورف<sup>۲۴</sup> و بارلو<sup>۲۵</sup>، ۱۹۹۵) می‌گردد. از آن‌جا که همراه شدن نشانه‌های اختلال‌های روانپزشکی با بیماری‌های بدنی، تشخیص بیماری‌های بدنی را دشوار می‌نماید، میزان شیوع اختلال‌های روانی، ویژگی‌های جمعیت‌شناختی بیماران بستری در بخش‌های مختلف بیمارستان‌های عمومی، میزان ارجاع بیمارانی که پزشکان معالج به دلیل وجود مشکلات روانی به واحد مشاوره‌ی روانپزشکی معرفی می‌کنند، هم‌چنین میزان آگاهی پزشکان معالج نسبت به علایم و نشانه‌های روانشناختی در بررسی‌های مختلف مورد توجه پژوهشگران بوده است (براون<sup>۲۶</sup>، شولبرگ<sup>۲۷</sup> و مدونیا<sup>۲۸</sup>، ۱۹۹۶؛ میراندا<sup>۲۹</sup> و مونوز<sup>۳۰</sup>، ۱۹۹۶).

از سوی دیگر تشخیص به موقع اختلال‌های روانی در بیماران جسمی بستری در بیمارستان‌ها و ارجاع آنها برای برخورداری از خدمات مشاوره‌ای روانپزشکی سبب درمان مؤثرتر بیماری آنان و طولانی نشدن مدت اقامت آنان در بیمارستان و کاهش هزینه‌های درمانی می‌شود (شوونک<sup>۳۱</sup> و کوین<sup>۳۲</sup>، ۱۹۹۶).

بررسی‌ها نشان داده‌اند هنگامی که پزشکان غیرروانپزشک با احتمال وجود اختلال‌های روانی بیماران را به بخش‌های روانپزشکی معرفی نموده و این

1- Uldall	2- Koutsky
3- Badshaw	4- Martucci
5- Balestrieri	6- Bisoffi
7- Bonizzato	8- Govre
9- Rothenhausler	10- Ehrentraut
11- Kapfhammer	12- Johnson
13- Weissman	14- Klerman
15- Koenig	16- Shelp
17- Goli	18- Chohen
19- Blazer	20- Clarke
21- Smit	22- Simon
23- Ormmal	24- Vinkorff
25- Barlow	26- Brown
27- Schulberg	28- Medonia
29- Miranda	30- Munoz
31- Schwenk	32- Coyne
33- Yates	

بیمارستان عمومی آموزشی برای مشاوره‌ی روانپزشکی پرداخته شده است. آزمودنی‌های پژوهش را ۳۰۰ نفر از بیماران ارجاع شده (۱۲۶ مرد و ۱۷۴ زن) در مدت ۳ سال توسط پزشکان معالج ایشان برای مشاوره از آغاز سال ۱۳۷۹ تا آغاز سال ۱۳۸۲ تشکیل داده‌اند. این افراد در بخش‌های مختلف بیمارستان آموزشی حضرت رسول اکرم (ص) واقع در شهر تهران بستری بوده‌اند.

بیمارستان یادشده دارای بخش‌های ارتوپدی، زنان و زایمان، جراحی مغز و اعصاب، مغز و اعصاب، داخلی، مراقبت‌های ویژه و مراقبت‌های ویژه قلبی است. این بیمارستان دارای ۴۵۰ تخت فعال است و درصد اشغال تخت ۷۰٪ می‌باشد.

برای گردآوری داده‌های پژوهش از ابزارهای پژوهشی به شرح زیر استفاده شده است:

۱- پرسش‌نامه‌ی جمعیت‌شناختی: این پرسش‌نامه دارای پرسش‌هایی در زمینه‌ی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی افراد مورد بررسی (مانند سن، جنس، وضعیت تأهل، محل ارجاع و غیره)، تشخیص عنوان شده از سوی پزشک معالج، دلیل ارجاع برای مشاوره‌ی روانپزشکی و غیره بود.

۲- مصاحبه‌ی بالینی روانپزشکی توسط روانپزشک (مجری طرح پژوهشی) با توجه به معیارهای تشخیصی چهارمین تجدیدنظر راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV) انجام شده است (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۱۹۹۴)؛ همراه با این مصاحبه اطلاعات پزشکی دقیقی از بیمار به دست آمد و در عنوان کردن تشخیص نهایی به کار رفت.

برای اجرای پژوهش، بیماران ارجاع شده به واحد مشاوره‌ی روانپزشکی پس از کسب رضایت آنان برای شرکت در پژوهش، مورد مصاحبه‌ی بالینی روانپزشکی قرار گرفته و برای کسب اطلاعات بیشتر، پرونده‌ی پزشکی ایشان در بخشی که پذیرش و بستری شده‌اند مطالعه شده است و در صورت لزوم، با پرستار بخش گفتگو شده و برخی اطلاعات لازم نیز از وی به دست

تهران را مورد بررسی قرار داد و نشان داد که ۵۲٪ بیماران بستری به دلیل یک مشکل بدنی، دارای یک یا چند اختلال روانپزشکی هستند. افزون بر آن، ۱۲٪ افرادی که دارای اختلال روانپزشکی تشخیص داده نشده بودند، دارای شخصیت‌های نوروپیک بودند. همین بررسی نشان داد که ۶۴٪ بیمارانی که در آنها اختلال شخصیتی و مشکلات روانشناختی تشخیص داده شده، ۸۴/۶٪ به گونه‌ای از افسردگی در رنج بوده‌اند. با این که این افراد از ناراحتی‌های دیگری مانند اضطراب، افزایش حساسیت، تحریک‌پذیری، بی‌قراری، یأس، ناامیدی، بی‌خوابی، خلق افسرده و مانند آن در رنج بودند، تقریباً در کلیه موارد در نخستین تماس با پزشکان از بیان این ناراحتی‌ها خودداری می‌کردند و شکایت اصلی آنها، نشانه‌های بدنی بود. این امر سبب بستری شدن آنها به عنوان یک بیماری بدنی در بخش‌های مختلف بیمارستان شده بود و تنها زمانی از این مشکلات صحبت کرده بودند که راجع به مشکلات روانپزشکی از آنها پرسش شده بود. بدیهی است که شناسایی اختلال‌های روانی در بیماران بدنی و معرفی آنها برای مشاوره‌ی روانپزشکی سبب درمان مشکلات روانپزشکی و بیماری‌های جسمی آنها شده، مدت اقامت آنان در بیمارستان کاهش یافته است، بصیرت بیشتری نسبت به بیماری خود به دست آورده‌اند و به روش‌های درمانی به کار گرفته شده توسط پزشکان متخصص بخش‌های مختلف بهتر پاسخ داده‌اند. پژوهش حاضر در این راستا و با هدف تعیین علل ارجاع بیماران بستری بخش‌های مختلف یک بیمارستان عمومی به واحد مشاوره‌ی روانپزشکی، ویژگی‌های جمعیت‌شناختی آنان و تشخیص‌های عنوان شده از سوی روانپزشک مشاور انجام گردیده است.

## مواد و روش کار

این بررسی از نوع بررسی‌های مقطعی- توصیفی است که در آن به بررسی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی، دلایل ارجاع بیماران بستری در بخش‌های مختلف یک

جدول ۱- توزیع فراوانی آزمودنی‌های پژوهش برحسب  
برخی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی (N=۳۰۰)

متغیرها	فراوانی (%)
جنسیت	
مرد	۱۲۶ (۴۲/۰)
زن	۱۷۴ (۵۸/۰)
گروه سنی	
زیر ۱۸ سال	۳۰ (۱۰/۰)
۱۸-۳۰ سال	۵۹ (۱۹/۷)
۳۱-۴۰ سال	۶۲ (۲۰/۷)
۴۱-۵۰ سال	۵۶ (۱۸/۶)
۵۱-۶۰ سال	۴۲ (۱۴/۰)
۶۱ سال به بالا	۵۱ (۱۷/۰)

جدول ۲- توزیع فراوانی آزمودنی‌های پژوهش بر  
حسب وضعیت تأهل و جنسیت

وضعیت تأهل	جنسیت		جمع
	مرد	زن	
	فراوانی (%)	فراوانی (%)	فراوانی (%)
متأهل	۸۹ (۷۰)	۱۴۲ (۸۲)	۲۳۱ (۷۷)
مجرد	۳۶ (۲۹)	۳۰ (۱۷)	۶۶ (۲۲)
جداشده	۱ (۱)	۲ (۱)	۳ (۱)
جمع	۱۲۶ (۱۰۰)	۱۷۴ (۱۰۰)	۳۰۰ (۱۰۰)

یافته‌های پژوهش حاضر در زمینه‌ی توزیع فراوانی بیماران ارجاع شده از بخش‌های مختلف بیمارستان به تفکیک جنس در جدول ۳ ارایه گردیده است. همان‌گونه که جدول ۳ نشان می‌دهد بیشترین درصد مردان و زنان از بخش داخلی (۳۴/۱٪ مردان و ۵۱/۱٪ زنان) برای مشاوره‌ی روانپزشکی ارجاع شده‌اند. پس از آن بخش ارتوپدی (۱۳/۶٪) و بخش جراحی (۹/۷٪) بیشترین فراوانی را داشته‌اند. کل مراجعه‌کنندگان به بخش‌های مختلف بیمارستان یادشده طی مدت اجرای پژوهش ۴۴۹۱۳ نفر بوده‌اند و نسبت افراد ارجاع شده به واحد مشاوره‌ی روانپزشکی نسبت به کل افراد مراجعه‌کننده به بیمارستان ۰/۸۹٪ بوده است.

توزیع فراوانی مطلق و نسبی بیماران بستری شده در بخش‌های مختلف بیمارستان و بیماران ارجاع شده به واحد مشاوره‌ی روانپزشکی و درصد بیماران برخوردار شده از مشاوره‌ی روانپزشکی در واحد یاد شده در

آمده است. هم‌چنین برای تکمیل اطلاعات با بستگان و نزدیکان وی گفتگو شده و درباره‌ی شرح حال بیمار و سوابق پزشکی وی پرسش شده است. در بیشتر موارد، کوشش شده مستقیماً با پزشک معالج بیمار گفتگو و علت ارجاع بیمار مشخص شود. پس از گردآوری اطلاعات لازم در زمینه‌ی وضعیت بدنی- روانی و پس از معاینه‌ی دقیق روانی در صورت نیاز معاینه‌های بدنی نیز انجام شده است. اگر در یک جلسه به دلایل گوناگون از جمله آمادگی نداشتن بیمار برای اجرای مصاحبه، همه‌ی اطلاعات لازم به‌دست نمی‌آمد، کوشش می‌شد در جلسات بعدی این اطلاعات به‌دست آید و تصویر بالینی کاملی از وی تهیه گردد. پس از انجام این اقدامات، تشخیص روانپزشکی در مورد وی عنوان و فرآیند درمانی آغاز می‌شد.

داده‌های گردآوری شده به کمک روش‌های آماری توصیفی، تحلیل و ارایه گردیده است.

#### یافته‌ها

برخی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی آزمودنی‌های پژوهش در جدول ۱ ارایه شده است. همان‌طور که جدول نشان می‌دهد، ۵۸٪ آزمودنی‌های پژوهش را زنان تشکیل می‌دهند. توزیع فراوانی آزمودنی‌های پژوهش برحسب گروه سنی نشان می‌دهد که بیشترین فراوانی در گروه سنی ۳۱-۴۰ سال (۲۰/۷٪)، پس از آن در گروه‌های سنی ۱۸-۳۰ سال و ۴۱-۵۰ سال به ترتیب با ۱۹/۷٪ و ۱۸/۶٪ قرار دارد. به بیان دیگر گروه سنی ۱۸-۵۰ سال ۵۹٪ بیماران ارجاع شده برای مشاوره‌ی روانپزشکی را تشکیل داده‌اند.

توزیع فراوانی آزمودنی‌های پژوهش برحسب وضعیت تأهل و جنسیت در جدول ۲ آمده است. بیشترین درصد آزمودنی‌های پژوهش را زنان تشکیل داده‌اند و در مجموع زنان و مردان متأهل بسیار بیشتر از زنان و مردان مجرد برای مشاوره‌ی روانپزشکی ارجاع شده‌اند.

توزیع فراوانی بیماران ارجاع شده از بخش‌های مختلف برحسب جنس و وضعیت تأهل در جدول ۴ ارائه گردیده است. همان‌گونه که در جدول دیده می‌شود زنان بیشتر از مردان و زنان متأهل بیشتر از زنان مجرد به واحد مشاوره‌ی روانپزشکی ارجاع شده‌اند.

یافته‌های پژوهش نشان داد که بیشترین درصد آزمودنی‌های پژوهش به دلیل وجود سابقه‌ی بیماری‌های روانی (۱۳٪) برای مشاوره‌ی روانپزشکی ارجاع شده‌اند. پس از آن بیشترین فراوانی مربوط به سوء مصرف داروهای روان‌گردان، ارزیابی افسردگی و به دلیل عدم همکاری (به ترتیب ۱۱٪، ۹٪ و ۹٪) ارجاع شده‌اند (جدول ۵). یافته‌های مربوط به فراوانی تشخیص‌های ارائه شده از سوی روانپزشک در واحد مشاوره‌ی روانپزشکی در جدول ۶ نشان داده شده است. همان‌گونه که جدول یادشده نشان می‌دهد تشخیص اختلال افسردگی اساسی بیشترین فراوانی را در میان تشخیص‌های عنوان شده از سوی روانپزشک به خود اختصاص داده است.

جدول ۳ ارائه گردیده است. همان‌طور که جدول نشان می‌دهد، با آن که درصد مراجعه‌کنندگان به بخش‌های داخلی و چشم‌پزشکی بسیار به هم نزدیک هستند (۱۶/۶۴٪ در برابر ۱۶/۲۳٪) اما میزان بیماران ارجاع شده از این دو بخش تفاوت بسیار زیادی با هم دارند.

جدول ۳- توزیع فراوانی بیماران ارجاع شده از بخش‌های مختلف به تفکیک جنس (N=۳۰۰)

بخش‌ها	جنسیت		کل بیماران بستری شده فراوانی (%)
	مرد فراوانی (%)	زن فراوانی (%)	
داخلی	۴۳ (۳۴/۱)	۸۹ (۵۱/۱)	۷۴۷۴ (۱۶/۶۴)
مراقبت‌های قلبی	۶ (۴/۸)	۳ (۱/۸)	۲۸۹۳ (۶/۴۴)
بعدازمراقبت‌های قلبی	۳ (۲/۴)	۵ (۲/۹)	۲۷۱۷ (۶/۰۵)
مراقبت‌های ویژه	۷ (۵/۵)	۱ (۰/۶)	۲۶۵۷ (۵/۹۲)
جراحی	۱۴ (۱۱/۱)	۱۵ (۸/۶)	۴۹۵۴ (۱۱/۰۴)
ارتوپدی	۲۲ (۱۷/۴)	۱۹ (۱۰/۹)	۳۰۱۰ (۶/۷)
اعصاب و جراحی مغز	۲۲ (۱۷/۴)	۳۳ (۱۹)	۳۴۹۳ (۷/۷۷)
زنان	۰ (۰)	۵ (۲/۹)	۴۱۱۹ (۹/۱۷)
گوش، حلق و بینی	۴ (۳/۲)	۴ (۲/۳)	۵۵۸۰ (۱۲/۴۲)
چشم	۱ (۰/۸)	۰ (۰)	۷۲۸۹ (۱۶/۲۳)
غیره	۴ (۳/۲)	۰ (۰)	۷۲۷ (۱/۶۲)
جمع	۱۲۶ (۱۰۰)	۱۷۴ (۱۰۰)	۴۴۹۱۳ (۱۰۰)

جدول ۴- توزیع فراوانی بیماران ارجاع شده از بخش‌های مختلف برحسب جنس و وضعیت تأهل

بخش‌ها	جنس	وضعیت تأهل		
		متأهل فراوانی (%)	مجرد فراوانی (%)	حدا شده فراوانی (%)
داخلی	زن	۷۴ (۲۴/۷)	۱۴ (۴/۷)	۱ (۰/۳)
	مرد	۳۷ (۱۲/۳)	۵ (۱/۶)	۱ (۰/۳)
جراحی	زن	۱۴ (۴)	۲ (۰/۷)	۱ (۰/۳)
	مرد	۱۱ (۳/۷)	۳ (۱/۰)	۰ (۰)
ارتوپدی	زن	۱۴ (۴/۷)	۵ (۱/۶)	۰ (۰)
	مرد	۱۴ (۴/۷)	۸ (۲/۷)	۰ (۰)
مغز و اعصاب	زن	۹ (۳)	۴ (۱/۳)	۰ (۰)
	مرد	۸ (۲/۷)	۷ (۲/۳)	۰ (۰)
جراحی اعصاب	زن	۱۷ (۵/۷)	۳ (۱/۰)	۰ (۰)
	مرد	۳ (۱)	۴ (۱/۳)	۰ (۰)
مراقبت‌های قلبی	زن	۳ (۱)	۰ (۰)	۰ (۰)
	مرد	۶ (۲)	۰ (۰)	۰ (۰)
بعد از مراقبت‌های قلبی	زن	۵ (۱/۶)	۰ (۰)	۰ (۰)
	مرد	۲ (۰/۷)	۱ (۰/۳)	۰ (۰)
مراقبت‌های ویژه	زن	۱ (۰/۳)	۰ (۰)	۰ (۰)
	مرد	۴ (۱/۳)	۳ (۱/۰)	۰ (۰)
زنان	زن	۵ (۱/۶)	۰ (۰)	۰ (۰)
	مرد	۰ (۰)	۰ (۰)	۰ (۰)
گوش، حلق و بینی	زن	۲ (۰/۷)	۲ (۰/۷)	۰ (۰)
	مرد	۳ (۱)	۱ (۰/۳)	۰ (۰)
سایر	زن	۰ (۰)	۰ (۰)	۰ (۰)
	مرد	۱ (۰/۳)	۴ (۱/۳)	۰ (۰)
جمع		۲۳۱ (۷۷)	۶۶ (۲۲/۰)	۳ (۱۰۰)

جدول ۶- ادامه

تشخیص اختلالات توسط روانپزشک	فراوانی (%)
دلیریوم	۱۸ (۶/۰)
بیماری های جسمی - عضوی	۱۵ (۵/۰)
اسکیزوفرنیا	۱۴ (۴/۷)
سوء مصرف مواد	۱۳ (۴/۳)
واکنش به عوامل زندگی	۱۰ (۳/۳)
اختلالات شخصیت	۸ (۲/۷)
سایر روان پریشی ها	۸ (۲/۷)
ناهماهنگی بیمار با محیط بیمارستان	۷ (۲/۳)
به دست آوردن امتیاز روانی	۶ (۲/۰)
تمارض	۵ (۱/۶)
عقب افتادگی ذهنی	۵ (۱/۶)
اختلال جسمانی سازی	۵ (۱/۶)
واکنش سوگ	۵ (۱/۶)
اختلال وسواسی - جبری	۴ (۱/۳)
اختلال استرس پس از سانحه	۴ (۱/۳)
حملات اضطرابی	۴ (۱/۳)
اختلال اضطراب منتشر	۴ (۱/۳)
صرع	۴ (۱/۳)
دمانس	۳ (۱/۰)
اختلال تبدیلی	۳ (۱/۰)
اختلال اسکیزوافکتیو	۳ (۱/۰)
هیپوکوندریا	۲ (۰/۷)
اختلال ساختگی	۲ (۰/۷)
نشانیگان بدخیم نورولپتیک	۱ (۰/۳)
تشخیص داده نشده	۱ (۰/۳)
صرع کاذب	۱ (۰/۳)
سایر تشخیص ها	۳ (۱/۰)
جمع	۳۰۰ (۱۰۰)

جدول ۵- فراوانی مطلق و نسبی علل ارجاع بیماران

برای مشاوره ی روانپزشکی توسط پزشک معالج

دلیل ارجاع	فراوانی (%)
ارزیابی روانی	۳۹ (۱۳/۰)
مصرف داروهای روان گردان	۳۳ (۱۱/۰)
ارزیابی افسردگی	۲۷ (۹/۰)
همکاری ندارد	۲۷ (۹/۰)
ارزیابی دردهای پراکنده	۲۲ (۷/۳)
اقدام به خودکشی	۲۰ (۶/۶)
تاریخچه ی قبلی ناراحتی های روانی	۱۸ (۶/۰)
ارزیابی درد	۱۶ (۵/۳)
نارسایی های نورولوژیک	۱۴ (۴/۷)
پرخاشگری و تهاجم	۱۲ (۴/۰)
عدم جهت یابی، منگی	۱۰ (۳/۳)
عدم رضایت برای انجام جراحی	۱۰ (۳/۳)
ارزیابی اضطراب	۸ (۲/۷)
سایکوز، توهم، هذیان	۸ (۲/۷)
افکار خودکشی	۷ (۲/۳)
تبدیلی	۵ (۱/۷)
صرع کاذب	۵ (۱/۷)
اغراق در علایم بیماری	۵ (۱/۷)
ترک داوطلبانه ی بیمارستان	۴ (۱/۳)
دلیریوم	۲ (۰/۷)
صرع	۲ (۰/۷)
ترس از جراحی	۲ (۰/۷)
سایرین	۴ (۱/۳)
جمع	۳۰۰ (۱۰۰)

جدول ۶- توزیع فراوانی مطلق و نسبی تشخیص های

ارایه شده از سوی روانپزشک در واحد مشاوره ی

روانپزشکی

تشخیص اختلالات توسط روانپزشک	فراوانی (%)
اختلال افسردگی اساسی	۴۷ (۱۵/۷)
بیماری روانی ندارد	۳۵ (۱۱/۷)
تطابق به بیماری جسمی	۳۴ (۱۱/۳)
دوره ی افسردگی، اختلال دوقطبی	۲۶ (۸/۷)

بجث

همان گونه که بیان شد این بررسی با هدف تعیین علل ارجاع بیماران بستری در بخش های مختلف در یک بیمارستان عمومی برای مشاوره ی روانپزشکی و ویژگی های جمعیت شناختی آنان انجام شده است.

نمودن اختلال‌های روانپزشکی به‌ویژه افسردگی و اضطراب در زنان باشد.

با نگاهی به یافته‌های پژوهش حاضر در زمینه‌ی وضعیت تأهل در مردان و زنان ارجاع شده به واحد مشاوره‌ی روانپزشکی، می‌توان دریافت که ۷۰٪ از مردان و زنان ارجاع شده به واحد مشاوره‌ی روانپزشکی متأهل بوده‌اند. در حالی که این رقم در زنان معرفی شده برای مشاوره ۸۰/۶٪ بوده است. این یافته‌ی پژوهش نشان‌دهنده‌ی مشکلات روانپزشکی و به‌دنبال آن مشکلات بدنی در زنان متأهل است. این یافته‌ی پژوهش لزوم توجه بیشتر به بهداشت روانی زنان به‌ویژه زنان متأهل را خاطر نشان می‌سازد.

در ارتباط با شمار افرادی که از بخش‌های مختلف به این واحد ارجاع شده‌اند، یافته‌های پژوهش نشان داد که ۱۳۲ نفر (۴۴٪) مردان و زنان مورد بررسی، از بخش داخلی ارجاع شده‌اند. این یافته‌ی پژوهش ضمن تأکید بر توجه بیشتر نسبت به بیماران بستری در بخش‌های داخلی، اجرای پژوهش‌های بیشتری را در زمینه‌ی سبب‌شناسی و ویژگی‌های جمعیت‌شناختی دقیق‌تر بیماران بستری در این بخش‌ها گوشزد می‌نماید. علت دیگری که می‌تواند مطرح شود، شاید آگاهی بیشتر متخصصان داخلی از اختلال‌های روانی و بیماری‌های روانپزشکی باشد.

به‌طور کلی می‌توان گفت که مشکلات روانپزشکی در بخش‌های بستری بیمارستان‌های عمومی شایع است. اختلال‌های روانپزشکی این بیماران غالباً دیر تشخیص داده می‌شوند و یا اصلاً تشخیص داده نمی‌شوند. وجود این اختلال‌ها سبب بروز مشکلاتی در زمینه‌ی تشخیص بیماری‌های بدنی آنها و مقاومت نسبت به درمان و پاسخ ندادن به روش‌های درمانی رایج برای مشکلات بدنی آنان می‌شود. از این رو وجود یک بخش روانپزشکی و یا واحد مشاوره‌ی روانپزشکی در هر

این بررسی نشان داد که بیشترین افراد ارجاع شده اختلال افسردگی اساسی داشته‌اند. این یافته‌ی پژوهش با یافته‌های پژوهشی سیلورستون<sup>۱</sup> (۱۹۹۶)، بولاند<sup>۲</sup>، دایاز<sup>۳</sup>، لمدان<sup>۴</sup>، رانچ<sup>۵</sup> و مک‌کارتنی<sup>۶</sup> (۱۹۹۶) تفاوت دارد. سیلورستون (۱۹۹۶) اختلال‌های سازگاری<sup>۷</sup> را دلیل بیشتر ارجاع‌های بیماران به واحد مشاوره‌ی روانپزشکی گزارش نموده است.

مقایسه‌ی دلایل ارجاع از سوی پزشکان معالج با نظریه‌ی روانپزشک در زمینه‌ی تشخیص‌های ارائه‌شده درباره‌ی اختلال‌های روانپزشکی بیماران مورد بررسی نشان داد، در حالی که تنها ۹٪ بیماران برای ارزیابی افسردگی معرفی شده‌اند، اما روانپزشک در ۱۵/۷٪ افراد ارجاع‌شده اختلال افسردگی اساسی و در ۸/۷٪ افسردگی دوقطبی را تشخیص داده است. این یافته‌ی پژوهش حاضر در تأیید یافته‌های پژوهش جلیلی (۱۳۶۰) است که افسردگی را در گروه بزرگی از بیماران پزشکی گزارش نموده است. این افراد پیوسته به پزشکان مختلف مراجعه می‌کنند و پس از آزمایش‌های گوناگون هیچ مشکل فیزیولوژیک در آنها تشخیص داده نمی‌شود و تا مدت‌ها افسردگی آنها تشخیص داده نشده باقی می‌ماند. این یافته‌ی پژوهش می‌تواند به‌عنوان آشنایی کمتر سایر متخصصان و پزشکان در بخش‌های مختلف بیمارستان با بیماری‌ها و اختلال‌های روانپزشکی تلقی شود. از سوی دیگر این یافته‌ی پژوهش می‌تواند نشان‌دهنده‌ی تفاوت‌های فرهنگی در بروز نشانه‌ها و اختلال‌های روانپزشکی در میان ملل و افراد مختلف از کشورهای مختلف باشد.

یافته‌های پژوهش حاضر مبنی بر فراوانی بیشتر زنان نسبت به مردان ارجاع شده از سوی پزشکان معالج در تأیید یافته‌های بسیاری از بررسی‌های انجام شده پیرامون اختلال‌های روانی است که میزان این اختلال‌ها به‌ویژه افسردگی را در زنان بالاتر از مردان گزارش نموده‌اند (محمدی، رهگذر و همکاران، ۱۳۸۲؛ محمدی، داویدیان و همکاران، ۱۳۸۲؛ احسان‌منش، ۱۳۸۰) و از سوی دیگر می‌تواند نشان‌دهنده‌ی جسمانی

1- Silverstone

2- Boland

3- Diaz

4- Lamdan

5- Ranch

6- McCartney

7- adjustment disorders

ایزدی، سیروس (۱۳۶۰). شیوع تظاهرات بالینی افسردگی در بخش داخلی. *مجله دانشکده پزشکی تهران* (سمپوزیوم ارتباط روانپزشکی با سایر رشته‌های پزشکی)، صص ۲۵-۲۱.

جلیلی، احمد (۱۳۶۰). نقش روانپزشک در بیمارستان عمومی، *مجله دانشکده پزشکی تهران* (سمپوزیوم ارتباط روانپزشکی با سایر رشته‌های پزشکی)، صص ۴۸-۴۵.

داویدیان، هاراتون (۱۳۶۰). عضو بیمار یا انسان بیمار. *مجله دانشکده پزشکی تهران* (سمپوزیوم ارتباط روانپزشکی با سایر رشته‌های پزشکی)، صص ۱۰-۷.

عامری، ناهید (۱۳۶۰). بخش مراقبت‌های ویژه مشکلات مربوط به تکنولوژی مدرن از دیدگاه روانپزشکی. *مجله دانشکده پزشکی تهران* (سمپوزیوم ارتباط روانپزشکی با سایر رشته‌های پزشکی)، صص ۴۴-۴۱.

کرخوف، ا. (۱۳۷۴). خودکشی و اقدام به خودکشی. ترجمه‌ی مهناز فاتحی. *بهداشت جهان*، سال نهم، شماره سوم، صص ۲۱-۱۸.

محمدی، محمدرضا؛ رهگذر، مهدی؛ باقری یزدی، سیدعباس؛ نقوی، حمیدرضا؛ پوراعتقاد، حمیدرضا؛ امینی، همایون؛ رستمی، محمدرضا؛ خلیج‌آبادی فراهانی، فریده؛ مسگرپور، بیتا (۱۳۸۲). همه‌گیرشناسی اختلال‌های روانپزشکی در استان تهران. *فصلنامه اندیشه و رفتار*، سال نهم، شماره ۲، ۱۳-۴.

محمدی، محمدرضا؛ داویدیان، هاراتون؛ نوربالا، احمدعلی؛ ملک‌افضلی، حسین؛ نقوی، حمیدرضا؛ پوراعتقاد، حمیدرضا؛ باقری یزدی، سیدعباس؛ رهگذر، مهدی؛ علاقی‌نادر، جواد؛ امینی، همایون (۱۳۸۲). همه‌گیرشناسی اختلال‌های روانپزشکی در ایران. *مجله پژوهشی حکیم*، دوره ششم، شماره اول، ۶۴-۵۵.

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorder* (4th ed.). Washington D.C.: APA.

Boland, R. K., Diaz, S., Lamdan, R. M., Ranch, D., & McCartney, J. R. (1996). Overdiagnosis of depression in the general hospital. *General Hospital Psychiatry*, 18, 28-36.

بیمارستان عمومی یک اصل اجتناب‌ناپذیر است و آگاهی پزشکان متخصص نسبت به سازوکارها، تأثیر مشکلات روانشناختی در بیماری‌های بدنی و برعکس، موجب موفقیت بیشتر آنان در زمینه‌ی تشخیص و درمان خواهد شد.

در دسترس نبودن و به‌کار نبردن یک ابزار مصاحبه‌ای ساخت‌یافته از محدودیت‌های این پژوهش به‌شمار می‌رود. پیشنهاد می‌شود در بررسی‌های آینده با بهره‌گیری از ابزار ساخت‌یافته به بررسی مشکلات روانی بیماران بستری در سایر بخش‌ها پرداخته شود. با توجه به مشکلات روانپزشکی بیشتر در بیماران بستری در بخش‌های داخلی تأکید و تمرکز بیشتر بر مشکلات روانشناختی- رفتاری این گروه از بیماران در بررسی‌های آینده پیشنهاد می‌شود.

سپاسگزار

از قطب علمی انستیتو روانپزشکی تهران و مرکز تحقیقات بهداشت روان به‌دلیل حمایت مالی از این پژوهش سپاسگزاری می‌شود. از همکاران و متخصصان خوب و فداکار بخش‌های گوناگون بیمارستان آموزشی حضرت رسول اکرم (ص) که در زمینه‌ی ارجاع و رفع بعضی ابهامات درباره‌ی پرونده‌ی بیماران همکاری بی‌دریغ داشته‌اند صمیمانه قدردانی می‌گردد. با سپاس بی‌کران و تشکر از همه‌ی بیمارانی که در ارایه‌ی اطلاعات لازم صادقانه کوشیده‌اند.

دریافت مقاله: ۱۳۸۲/۱۲/۶؛ دریافت نسخه‌ی نهایی: ۱۳۸۳/۳/۱۱؛

پذیرش مقاله: ۱۳۸۳/۴/۳

منابع

احسان‌منش، مجتبی (۱۳۸۰). همه‌گیرشناسی بیماری‌های روانی در ایران: بازنگری برخی بررسی‌های انجام شده. *فصلنامه اندیشه و رفتار*، سال ششم، شماره ۴، ۶۹-۵۴.

- Brown,C.,Schulberg,H.C.,& Madonia,M.J.(1996). Clinical presentations of major depression by African Americans and whites in primary medical care practice. *Journal of Affective Disorders*, 41, 181-191.
- Clarck,D.M.,Schulberg,H.C., & Medonia,M.T. (1996). Treatment outcome for primary care patients with major depression and life time anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 153, 1293-1300.
- Clarke,D.M., & Smith,G.C. (1995). Consultation-liaison psychiatry: General medical units. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 29, 424-432.
- Docherty,J.P. (1997). Barriers to the diagnosis of depression in primary care. *Journal of Clinical Psychology*, 58 (Suppl), 5-10.
- Johnson,J.,Weissman,M.M.,& Klerman,G.L.(1992). Service utilization and social morbidity association with depressive symptoms in the community. *Journal of American Medical Association*, 267, 1478-1483.
- Koenig,H.G.,Shelp,F.,Goli,V.,Cohen,H.J.,& Blazer,D. G.(1989). Survival and health care utilization in elderly medical inpatients with major depression. *Journal of Geriatric Sociology*, 37, 599-606.
- Martucci,M.,Balestrieri,M.,Bisoffi,G.,Bonizzato,P., & Govre,M.G. (1999). Evaluating psychiatric morbidity in a general hospital: A two-phase epidemiological survey. *Psychological Medicine*, 29, 823-832.
- Miranda,J., & Munoz,R.(1994). Intervention for depression in primary care patients. *Psychosomatic Medicine*, 56, 136-142.
- Rothenhausler,H.B.,Ehrentraut,S.,& Kapfhammer, H.P.(2001).Changes in patterns of psychiatric referral in a General hospital. *General Hospital Psychiatry*, 4, 205-214.
- Schwenk,T.L.,& Coyne,J.C. (1996). Difference between detected patients in primary care and depressed psychiatric patients. *General Hospital Psychiatry*, 13, 407-415.
- Silverstone,D.H. (1996). Prevalence of psychiatric disorders in medical inpatients. *Journal of Mental Disorders*, 184, 34-51.
- Simon,G.,Ormmal,J.,Vinkorff,M.,& Barlow,W.(1995). Health depressive and anxiety disorders in primary care. *American Journal of Psychiatry*, 152, 352-357.
- Uldall,K.K.,Koutsky,L.A., & Badshaw,D.H.(1994). Psychiatric comorbidity and length of stay in hospital AIDS patients. *American Journal of Psychiatry*, 151, 1475-1478.
- Yates,W. (1999). Epidemiology of psychiatric disorders in the medically ill, In R.G.Robinson,W. R.,Yates (Eds.). *Psychiatric treatment of medically ill*, New York: Marcel Dekker Inc.