

بررسی مسیر مراجعه مبتلایان به اختلالات روانپزشکی در اولین مراجعه به مرکز اعصاب و روان زارع ساری در سال ۷۹-۱۳۸۰

عباس مسعودزاده (M.D.) * علیرضا خلیلیان (Ph.D.) ** علیرضا سفیدچیان (M.D.) ***

سابقه و هدف : چگونگی ارجاع بیماران به مراکز درمانی و خدمات پزشکی کشور از موضوعات مهم و اساسی در تحقیقات و به عنوان یک اولویت پژوهشی از طرف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی کشور اعلام شده است. با عنایت به وجود ارتباط مستقیم بین شناخت به موقع و سریع مشکل و کاهش عوارض بجا مانده از بیماری، این مطالعه به منظور شناسایی مسیری که بیماران با اختلالات روانپزشکی برای دریافت خدمات درمانی تا مراجعه به روانپزشک طی می کنند، انجام گرفت.

مواد و روش ها : در این مطالعه توصیفی یک ساله تعداد ۴۰۰ بیمار که برای اولین بار به مرکز روانپزشکی زارع مراجعه می کردند، به روش نمونه گیری آسان و با استفاده از پرسشنامه پانزده ماده ای معتبر و مصاحبه بالینی بر طبق DSM-IV مطالعه شدند. اطلاعات بدست آمده به صورت توصیفی و با کمک آزمون مربعات مورد تحلیل قرار گرفت.

یافته ها : از ۴۰۰ بیمار مورد مطالعه، ۶۲/۵ درصد مرد، ۳۷/۵ درصد زن، ۶۱/۸ درصد متأهل، ۳۵/۸ درصد مجرد، ۵۹/۵ درصد شهری، ۶۰ درصد بیماران در گروه سنی ۲۱-۴۰ سال، ۲۰/۳ درصد بی سواد، و ۳۷/۳ درصد بیکار بودند. ۴۹/۶ درصد توسط خانواده و دوستان، ۲۸/۴ درصد توسط کادر پزشکی درمانی، ۹ درصد خود ارجاع، و ۶/۵ درصد از طریق نیروی انتظامی به مرکز اعصاب و روان زارع ارجاع شدند. ۳۵ درصد (گروه عمده) به زور و اجبار مراجعه داشتند. منبع اولیه درمان در ۶۱/۹ درصد کادر پزشکی (بیشترین مورد پزشک عمومی با ۳۳/۸ درصد)، ۲۰/۳ درصد بدون مراجعه قبلی، و ۱۸ درصد درمانگران محلی و فالگیرها بودند. ۴۳ درصد بیماران حداقل یکبار به این درمانگران محلی مراجعه داشتند. ۴۵/۷ درصد با تأخیر بیش از ۲ سال از شروع مشکل مراجعه و ۵۲/۳ درصد بیش از سی هزار تومان تا مراجعه اول متحمل هزینه شدند. اختلالات خلقی با ۳۷ درصد، روان پریشانه با ۳۳/۵ درصد، و اضطرابی با ۱۳/۷ درصد شایعترین تشخیص های اولیه بودند.

استنتاج : با وجود الگوی فعلی سیستم ارجاع بیماران روانپزشکی، آگاهی نامطلوب کادر پزشکی درمانی و بهداشتی، دخالت پرعارضه درمانگران محلی، مداخله پزشکان غیرروانپزشک و افراد غیرحرفه ای، ضمن عدم مراجعه عده قابل توجهی از بیماران، بسیاری نیز با عوارض بجا مانده از بیماری و تحمل هزینه ای سنگین به نزد روانپزشک مراجعه می کنند که در این موارد پیش آگهی نامطلوب و پاسخ بد درمانی در انتظار بیمار خواهد بود.

واژه های کلیدی : اختلالات روانی، مسیر مراجعه، درمان غیرحرفه ای و سنتی، عوامل

ماوراءالطبیعه، منبع ارجاع

این تحقیق طی شماره ۲۷-۷۹ در شورای پژوهشی دانشگاه ثبت گردیده و با حمایت مالی دانشگاه علوم پزشکی مازندران انجام پذیرفته است.

* استادیار گروه روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی مازندران
** استادیار گروه آمار دانشگاه علوم پزشکی مازندران
*** دستیار روانپزشکی ساری - بیمارستان زارع

مقدمه

یکی از مهمترین اصول پیشگیری و درمان در حیطه پزشکی، شناخت به موقع و دقیق مشکل است. این هدف وقتی حاصل می‌شود که در تشخیص و ارزیابی بیماری‌ها، بهترین و کوتاه‌ترین زمان و مسیر ممکن ارجاع بیماران را بشناسیم. سؤال اساسی در این مطالعه این است که، یک فرد درگیر با مشکلات فراوان ناشی از اختلال روانی چگونه و در چه زمانی به روانپزشک مراجعه نموده و آیا در این بین عواملی همچون مسایل جمعیت‌شناسی، سیستم ارجاع، مداخلات غیرعلمی و درمانگران محلی نقشی در شناسایی، عوارض و سوگیری تشخیص بیماران دارند یا خیر؟

اگر چه بعضی از جوانب موضوع در پژوهش‌های داخلی (۲،۱) و تحقیقات مختلف جهانی (۳ تا ۹) مورد مطالعه قرار گرفته است، اما به دلیل برخی کاستی‌ها از جمله لحاظ نکردن تشخیص، میزان تمایل بیمار در مراجعه به روانپزشک و هزینه درمانی، این مطالعه در جهت تکمیل بررسی‌های قبلی و با توجه به شرایط فرهنگی اجتماعی استان مازندران به انجام رسید. البته موضوع علایم و تشخیص بیماری‌ها در برخی از مطالعات خارجی مورد توجه بوده است (۱۰ تا ۱۲).

مواد و روش‌ها

در این مطالعه تمامی مراجعه‌کنندگان به مرکز اعصاب و روان زارع شهرستان ساری (تنها مرکز ارجاعی استان مازندران) از تاریخ ۷۹/۳/۱ الی ۸۰/۳/۱ (به مدت یک‌سال) مورد مطالعه قرار گرفتند. نوع مطالعه توصیفی بود و بعد از احتساب نمونه‌هایی که ملاک‌های عدم شمول را داشتند، ۴۰۰ نفر از طریق نمونه‌گیری آسان انتخاب شدند. مواردی که باعث خارج شدن نمونه از طرح می‌شد، عبارت بود از: افرادی که از قبل

سابقه بستری یا مراجعه روانپزشکی داشتند، سنین زیر ۱۲ سال (به دلیل نبود مرکز فعال روانپزشکی اطفال)، مراجعین برای نظام وظیفه (به دلیل تداخلات تشخیصی و مسیر یکنواخت ارجاع)، افراد متمارض (به دلیل احتمال اطلاعات نادرست)، و افراد سالم. ابزارهای اندازه‌گیری را یک پرسشنامه ۱۵ ماده‌ای که حاوی مواردی چون اطلاعات جمعیت‌شناسی منبع ارجاع، میزان تمایل بیمار در مراجعه، مرجع اولیه درمان، مراجعه به درمانگران محلی و علت آن، میزان تأخیر در مراجعه، هزینه درمانی، و تشخیص اولیه بود و مصاحبه بالینی روانپزشک بر طبق DSM-IV (چهارمین ویرایش کتابچه تشخیصی و آماری اختلالات روانپزشکی مربوط به انجمن روانپزشکان آمریکا)، تشکیل می‌داد. پس از تکمیل و استخراج داده‌ها، اطلاعات بدست آمده با استفاده از نرم افزار آماری SPSS، مورد تحلیل آماری قرار گرفت. لازم به ذکر است که طی یک مطالعه مقدماتی بر روی ۵۰ بیمار ارزش مراحل فوق به جهت آماری به تأیید رسیده بود.

یافته‌ها

طی یک‌سال شمسی، ۴۰۰ بیمار مورد مطالعه قرار گرفتند که ۲۵۰ نفر آنها مرد (۶۲/۵ درصد) و ۱۵۰ نفر آنها زن (۳۷/۵ درصد) بودند. میانگین سنی بیماران ۳۳/۰۲ سال بود. اکثر افراد متأهل، شهری، با تحصیلات در حد راهنمایی، و شاغل بودند. چگونگی توزیع محل سکونت، وضعیت تأهل، سن، شغل، و میزان تحصیلات بیماران در جدول شماره ۱ دیده می‌شود.

بیشتر موارد از طرف خانواده و دوستان خود به مرکز روانپزشکی ارجاع شده بودند. اکثراً برخلاف تمایل و با تأخیر بیش از ۲ سال از شروع بیماری ارجاع شده بودند.

منبع اولیه درمان در ۶۱/۹ درصد موارد کادر درمانی (بیشترین مورد پزشک عمومی با ۳۳/۸ درصد و کمترین مورد روانشناس با ۰/۳ درصد)، ۲۰/۳ درصد بدون مراجعه قبلی، و ۱۸ درصد درمانگران محلی و فالگیرها بودند. حدود ۴۳ درصد مراجعین نیز زمانی در طول بیماری به این درمانگران مراجعه داشتند که در ۵۳/۱ درصد علت مراجعه اعتقاد به عوامل ماوراءالطبیعه در ایجاد بیماری ذکر شد. ۲۲/۵ درصد بیماران مصرف داروهای گیاهی داشتند.

بیشتر بیماران بیش از سی هزار تومان تا مراجعه اول متحمل هزینه درمانی شدند. اختلالات خلقی با ۳۷ درصد، روانپزشانه با ۳۳/۵ درصد، و اضطرابی با ۱۳/۷ درصد، به ترتیب شایعترین تشخیص های اولیه بودند. چگونگی توزیع بیماران بر حسب منبع ارجاع، میزان تمایل در ارجاع به روانپزشک، مصرف داروهای گیاهی، تأخیر در ارجاع، مراجعه به درمانگران محلی (دعانویس و فالگیر) و هزینه درمانی قبل از ارجاع در جدول شماره ۲، و علل مراجعه به درمانگران محلی در جدول شماره ۳ دیده می شود.

جدول شماره ۱: توزیع فراوانی مراجعین به مرکز اعصاب و روان زارع ساری بر حسب محل سکونت، وضعیت تأهل، گروه های سنی، شغل، و سطح تحصیلات (N=۴۰۰)

متغیرها	فراوانی	(درصد)
● محل سکونت		
شهر	(۵۹/۵)	۲۳۸
روستا	(۴۰/۵)	۱۶۲
● وضعیت تأهل		
متاهل	(۶۱/۸)	۲۴۷
مجرد	(۳۵/۸)	۱۴۳
طلاق گرفته و جدا شده	(۲/۵)	۱۰
● گروه سنی (سال)		
۱۱-۲۰	(۱۵/۸)	۶۳
۲۱-۳۰	(۳۲/۳)	۱۲۹
۳۱-۴۰	(۲۷/۳)	۱۰۹
۴۱-۵۰	(۱۴/۸)	۵۹
۵۱-۶۰	(۵/۸)	۲۳
بالای ۶۰	(۴/۳)	۱۷
● شغل		
شاغل	(۶۲/۷)	۲۵۱
بیکار	(۳۷/۳)	۱۴۹
● سطح تحصیلات		
بی سواد	(۲۰/۳)	۸۱
ابتدایی	(۱۹/۸)	۷۹
راهنمایی	(۳۲/۳)	۱۲۹
دبیرستان و دیپلمه	(۲۱/۳)	۸۵
تحصیلات دانشگاهی	(۶/۵)	۲۶

جدول شماره ۳: توزیع فراوانی بر حسب علت مراجعه به درمانگران محلی

علت مراجعه	فراوانی	(درصد)
● اعتقاد به عوامل ماوراءالطبیعه در ایجاد بیماری	۹۳	(۵۳/۱)
● دسترسی آسان به درمانگران محلی	۴۷	(۲۶/۹)
● توصیه و اصرار بستگان (عدم اعتقاد)	۱۷	(۹/۷)
● سابقه مثبت درمانی در معالجه بیماران	۱۵	(۸/۶)
● ترس از عوارض داروهای شیمیایی	۳	(۱/۷)

همچنین یافته‌ها حاکی از آن بود که میزان تمایل زنان نسبت به مردان و متأهلین نسبت به مطلقین و جداشده‌ها در مراجعه به روانپزشک به طور معنی داری بیشتر بود ($P=0/007$). از طرفی بیشترین میزان تمایل مربوط به بیماران با اختلالات اضطرابی و کمترین میزان تمایل مربوط به بیماران با اختلالات روانپزشانه بود که مورد مذکور نیز به جهت آماری معنی دار بوده است ($P=0/000$). ارجاع بیماران مرد (۸۶/۶ درصد) از طرف مراجع قضایی و پلیس به طور معنی داری از بیماران زن (۱۵/۴ درصد) بیشتر بوده است ($P=0/011$).

درصد بیکاری نیز در ارجاع شدگان توسط پلیس (۵۰ درصد) بیشتر از سایر مراجعین (۳۶/۳ درصد) بود که البته به جهت آماری نیز معنی دار بدست آمد ($P=0/000$). بیشترین تشخیص بیماران در گروه ارجاعی توسط پلیس به ترتیب اختلالات روانپزشانه (۳۸/۵ درصد) و دوقطبی (۳۱ درصد) بود.

نتایج نشان داد که خود ارجاعی در زنان و مردان و در ساکنین شهر و روستا تفاوت معنی داری ندارد.

همچنین میان میزان تحصیلات و تأخیر در مراجعه ارتباط معکوسی وجود داشت، به عبارتی افراد با تحصیلات بالاتر زودتر به روانپزشک مراجعه داشتند

جدول شماره ۲: توزیع فراوانی افراد مورد بررسی بر حسب منبع ارجاع اخیر، میزان رضایت در مراجعه، میزان مصرف داروهای گیاهی، تأخیر در ارجاع، مراجعه به درمانگران محلی و هزینه مالی ($N=400$)

متغیرها	فراوانی	(درصد)
● منبع ارجاع اخیر		
خانواده و دوستان	۱۹۸	(۴۹/۶)
کادر پزشکی درمانی	۱۱۳	(۲۸/۴)
خودارجاع	۳۶	(۹)
پلیس و مراجع قضایی	۲۶	(۶/۵)
سایر	۲۷	(۶/۹)
● میزان تمایل بیمار در ارجاع به روانپزشک		
کامل	۱۲۸	(۳۲)
نسبی	۱۳۲	(۳۳)
بدون رضایت	۱۴۰	(۳۵)
● مصرف داروهای گیاهی		
خیر	۳۱۰	(۷۷/۵)
بلی	۹۰	(۲۲/۵)
● تأخیر در مراجعه (سال)		
<۱	۹۴	(۲۳/۵)
۱-۲	۱۲۳	(۳۰/۸)
>۲	۱۸۳	(۴۵/۷)
● مراجعه به درمانگران محلی و دعانویس		
بلی	۱۷۵	(۴۳/۷)
خیر	۲۲۵	(۵۶/۳)
● هزینه مالی (ریال)		
تا ۳۰۰۰۰۰	۱۹۱	(۴۷/۸)
>۳۰۰۰۰۰	۲۰۹	(۵۲/۲)

البته وجود پایداری و همبستگی خانوادگی بیشتر در خانوار ایرانی و نزدیکتر بودن ارتباطات عاطفی بین اعضاء، می تواند از علل احتمالی دیگر موارد ارجاع بیشتر از طرف خانواده، بستگان و دوستان و بالطبع ارجاع کمتر از ناحیه نیروی انتظامی باشد. در این مطالعه مشخص شد که ارجاع شوندگان به وسیله نیروی انتظامی به طور معنی داری اکثراً از مردان و عمدتاً با تشخیص روانپزشکی بوده اند که این مسأله علاوه بر دو مطالعه قبلی، با پژوهش Kimhi (۱۹۹۶) و Sales (۱۹۹۱)، و Doyle (۱۹۹۴) نیز سازگاری آماری داشت (۳، ۷، ۸، ۹، ۱۳).

● در این بررسی فقط ۲۸/۴ درصد مراجعین از طرف کادر پزشکی و درمانی به روانپزشک ارجاع شدند که در این بین نقش پزشک عمومی با ۱۸/۳ درصد به مراتب بیشتر از دیگر پزشکان بوده است. در مطالعه شاه محمدی و همکاران (۱۳۷۷) میزان اخیر ۵/۵ درصد ذکر شده است. همچنین منبع اولیه درمان ۶۱/۹ درصد بیماران مورد بررسی، کادر پزشکی بود که این میزان نیز در مطالعه شاه محمدی ۸۵/۹ درصد بوده است. به عبارتی حدود ۴۰ درصد بیماران علی‌رغم وجود مشکل یا اصلاً مراجعه‌ای نداشتند و یا مسایل درمانی شان توسط منابع غیرپزشک، دستکاری شده بود. در بسیاری از مطالعات از جمله Burnett (۱۹۹۹)، Schuyler (۱۹۹۹)، Oiesvold (۱۹۹۸)، Wilkinson (۱۹۹۵) و Ebigbo (۱۹۹۰) مؤکداً بر نقش پزشک عمومی به عنوان درمانگر اولیه و جایگاه ورودی اکثر بیماران ناتوان، صحنه گذاشته شده است (۲، ۱۰، ۱۴، ۱۵، ۱۶، ۱۷). متأسفانه اکثر این پزشکان در مورد طیف کامل اختلالات روانپزشکی و روش‌های درمانی اطلاعات اندکی دارند. چالشی که در مقابل اساتید روانپزشکی مطرح است، آن است که بکوشند مهارت‌های پزشکان مراقبت اولیه و غیرروانپزشک را در تدبیر بیماران روانی، به ویژه در تجویز داروهای روانگر، ارتقاء دهند (۱۸). آنچه که در این بین اهمیت ویژه ای دارد، دادن

($P=0/002$ و $R=0/152$). میان تأخیر در مراجعه به روانپزشک، وضعیت تأهل، و شهری و روستایی بودن اختلاف معنی داری بدست نیامد.

بر طبق یافته های بدست آمده، بین مراجعه به درمانگران محلی در ساکنین روستا (۵۱/۴ درصد) نسبت به ساکنین شهر (۳۲ درصد)، سطح تحصیلات پایین تر، هزینه بیشتر، و مصرف داروهای گیاهی ارتباط معنی دار آماری وجود داشت ($P=0/000$). بین جنسیت و تشخیص و مراجعه به این درمانگران ارتباط معنی داری بدست نیامد.

همچنین یافته‌های این مطالعه نشان داد در حالی که میان هزینه مالی بیشتر و تأخیر در مراجعه، همبستگی معنی داری وجود دارد ($P=0/000$ و $R=0/198$)، بین هزینه و گروه‌های تشخیصی ارتباطی نیست.

بحث

● در این مطالعه ۴۹/۶ درصد بیماران از طرف خانواده، دوستان و آشنایان ارجاع شدند که این میزان همخوانی نزدیکی با مطالعات شاه محمدی و همکاران (۱۳۷۷)، AL Subaie (۱۹۹۷)، و Dhosshe و همکاران (۱۹۹۸) نشان می دهد. بنابراین ضرورت آگاهی هر چه بیشتر خانواده ها نسبت به مفاهیم و مشکلات روانی- رفتاری و شیوه های برخورد با آنها، بیش از پیش روشن می شود (۲، ۳، ۴).

● در بسیاری از کشورها، ارجاع بیماران اعصاب و روان توسط پلیس و مراجع قضایی انجام می پذیرد. در حالی که این نسبت در مطالعات Dhosshe (۱۹۹۸) و McNeil (۱۹۹۱) به ترتیب ۳۶ درصد و ۳۳/۶ درصد ذکر می شود، در مطالعه ما این رقم ۶/۵ درصد بوده است. میزان اخیر می تواند بیانگر فقدان برنامه ریزی درست در سیستم انتظامی کشور و مشخص نبودن ضوابط بستری اجباری بیماران باشد.

سیستم بهداشت روانی یک کشور با مخاطبان خود در نظر گرفت (۶،۵،۳،۲).

● محققین همواره به دنبال نقش عوامل جمعیت‌شناسی با متغیرهای مطالعه خود می‌باشند. در این مطالعه، مراجعه بیماران مرد (۶۲/۵ درصد) نسبت به بیماران زن (۳۷/۵ درصد) — برخلاف مطالعات Wilkinson (۱۹۹۵) و Olfson (۱۹۸۸)، بیشتر بوده است. این که چرا علی‌رغم وجود ابتلا و شیوع بالاتر برخی از شایع‌ترین اختلالات روانپزشکی از جمله افسردگی و اضطراب در زنان و شیوع نسبتاً برابر اختلالات روانپزشانه، زنان در این مطالعه کمتر جهت دریافت خدمات روانپزشکی مراجعه نموده‌اند، قابل تأمل است (۲۳،۱۸،۱۰). در توجیه این مسأله به نظر می‌رسد مسایلی چون عدم توجه به مشکلات روانپزشکی در زنان (با عنایت به ابعاد فرهنگی اجتماعی جامعه که توجه به جنس مرد گاهاً بیشتر است) و مسأله اشتغال مردان مطرح باشد. یعنی به دلیل اهمیت شغل و نقش اقتصادی مرد در خانواده ایرانی، مردان جهت رفع مشکلات و افت عملکرد خود (ناشی از اختلالات) اهتمام بیشتری می‌ورزند. علی‌رغم مراجعه کمتر زنان، در بررسی مابین تمایل بیشتر در مراجعه و جنس زن ارتباط معنی‌داری بدست آمد ($P=0/007$). البته این موضوع را هم نباید از نظر دور داشت که این مطالعه بر روی موارد ارجاعی به عمده‌ترین مرکز روانپزشکی دولتی استان صورت گرفته است و احتمال دارد که خانم‌ها بیشتر به بخش خصوصی ارجاع شده باشند.

همچنین مطالعه ما بیشترین فراوانی اختلالات را در گروه سنی ۲۱-۴۰ سال (۶۰ درصد) نشان داد که البته این آمار شباهت نزدیکی با مطالعات Rabinowitz (۱۹۹۶) و McNeil (۱۹۹۱) داشت. این نکته در تأیید این موضوع است که آغاز بسیاری از مشکلات روانپزشکی در سنین نوجوانی و جوانی است و بنابراین اهتمام بیشتر

آموزش‌ها و حمایت‌های لازم به پزشکان عمومی از طرف سیستم تخصصی روانپزشکی کشور می‌باشد.

Lipkin و همکاران (۱۹۹۹) نیز در آمریکا به مشکلات فی‌مابین پزشک مراقبت اولیه و روانپزشک می‌پردازند و مسایلی چون عدم درک متقابل، عدم اعتماد طرفین، بی‌احترامی و رقابت را در بین این دو گروه متذکر می‌شوند و در پایان ضرورت همکاری و همیاری نزدیک بین این دو قشر را در درمان بیماران روانپزشکی، امری بایسته و شایسته می‌دانند (۱۹).

در همین راستا مطالعات Schuyler (۱۹۹۹)، Takeuchi (۱۹۸۹)، Morgan (۱۹۸۹) و Eames (۱۹۸۸) قابل ذکر است (۱۵، ۲۰، ۲۱، ۲۲). در کشور ایران نیز مطالعه محیط و همکاران (۱۳۷۶) نشان داد که تنها ۲۰ درصد بیماران با مشکلات روانپزشکی مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی روستایی توسط پزشکان عمومی به سطوح تخصصی ارجاع شده و ۸۰ درصد بیماران را خود تحت درمان قرار داده‌اند (۱).

● اگرچه درصد خود ارجاعی بیماران در این بررسی (۹ درصد)، به مطالعه شاه محمدی (۱۳۷۷) به میزان ۱۰/۱ درصد نزدیک بود، ولی به طور بارزی از مطالعات هانسون (۱۹۹۷) و دوچی (۱۹۹۸) که به ترتیب ۳۹/۵ و ۲۱ درصد بوده است، پایین‌تر نشان داد. در این مطالعه همچنین نسبت خود ارجاعی در زنان و ساکنین شهر نسبت به گروه مقابل بیشتر بوده است که البته به جهت آماری معنی‌دار نبود. برخلاف مطالعه Rowan (۱۹۹۶)، در این مطالعه ارتباط معنی‌داری بین خود ارجاعی و میزان سواد بدست نیامد، ولی همسو با مطالعه هانسون (۱۹۹۷) ارتباط معنی‌داری بین خود ارجاعی کمتر و تشخیص بیشتر روانپزشکی، پیدا شد.

خود ارجاعی (این که بیمار با تصمیم و آگاهی قبلی و با تمایل کامل خودش مراجعه نماید) را می‌توان شاخص مناسبی برای میزان موفقیت اصول و برنامه‌های

میزان تحصیلات پایین تر و هزینه مالی متحمل شده بیشتر توسط بیمار رابطه معنی دار آماری بدست آمد ($P < 0/05$). اگرچه زنان بیشتر از مردان و روان پریش ها بیشتر از سایر تشخیص ها به این قشر مراجعه داشتند ولی به جهت آماری معنی دار نبود.

مراجعه به این درمانگران اغلب سبب تأخیر در مراجعه به مراکز روان پزشکی می گردد. از سوی دیگر، بکار بردن شیوه های درمانی این درمانگران می تواند در روند درمانی، بهبودی و بکارگیری درمان های روان پزشکی در مراحل بعدی تأثیر نامطلوبی گذاشته و آن را به تأخیر بیاندازد (۲). بنابراین با توجه به مشکل حذف باورها و خرده فرهنگ های عامه مردم، اخذ یک تصمیم درست در مقابله با این درمانگران محلی در کشورمان امری عاجل و ضروری می باشد.

● مسأله تأخیر در مراجعه، بحث بعدی این مطالعه را تشکیل می دهد. ۷۶/۵ درصد پس از دو سال از شروع مشکل مراجعه نمودند. به جهت خرج کرد مالی (فقط درمانی) ۵۲/۳ درصد از بیماران بیش از سی هزار تومان تا مراجعه به روانپزشک متحمل هزینه شدند که البته به جهت آماری میان هزینه بیشتر و تأخیر طولانی تر در مراجعه همبستگی معنی داری بدست آمد. در متون شاخص روان پزشکی اشاره می شود که حدود ۵۰ درصد بیماران افسرده قبل از نخستین حمله، علایم چشمگیری از بیماری را داشته اند و یا بیماران مبتلا به اختلال وسواس جبری اغلب با ۵ تا ۱۰ سال تأخیر مراجعه می کنند (۱۸). در بیان علل تأخیر می توان به مواردی چون سهل انگاری و ضعف سیستم اطلاع رسانی و خدمات دهی بهداشت روانی کشور، آگاهی جزئی و ناقص عموم مردم از مشکلات روان پزشکی، ارجاع نادرست بیماران، دخالت درمانگران محلی، باورهای غلط (برچسب بیماری روانی بودن نامقبول است)، اطلاعات ناکافی

و بیماریابی در این گروه های سنی، امری بایسته و شایسته به نظر می رسد (۱۱،۹۸). البته جوان بودن جمعیت در جامعه مورد بررسی نیز در ترکیب سنی ارجاع شوندگان مؤثر است.

● گروه کثیری از مردم از تسهیلات موجود بهداشت روانی کشور استفاده نمی کنند. تقریباً کمتر از ده درصد از مردم که نیازمند کمک های درمانی نوین روان پزشکی هستند، موفق به دریافت آن می شوند. خیلی از بیماران به دلیل نادانی، ترس، بدنامی و برداشت بد و نادرست نسبت به بیماری روانی، از این خدمات محروم می شوند. آنها معتقدند که بیماری روانی به دلیل خواست روزگار، سحر، شانس و اقبال بد، گناه و ظلم، باد، سردی و گرمی، فشار جنسی و کمبود غذا و ویتامین در حال یا گذشته، ایجاد می گردد. بنابراین در چنین مواقعی برای حل مشکل خود به درمانگران سنتی، جادوگران، رفع کنندگان ارواح، دعانویسان یا پزشکان گیاهی مراجعه می کنند (۲۴). مسأله مراجعه به درمانگران محلی از طرف بیماران روان پزشکی در مطالعات مختلف جهانی مورد کنکاش است. در مطالعه ما ۴۳/۷ درصد بیماران حداقل برای یک بار و ۱۸ درصد بیماران در اولین قدم درمانی به این قشر مراجعه داشتند. این ارقام در مطالعه شاه محمدی (۱۳۷۷) به ترتیب ۳۶/۱ و ۱۲/۶ درصد بود. همسو با مطالعه Razali (۱۹۹۶) علت مراجعه بیماران ما در ۵۳/۱ درصد موارد اعتقاد به عوامل ماوراء الطبیعه ذکر شده است (۲۵). مطالعات El Islam در کشور کویت (۱۹۹۲)، Achte در فنلاند (۱۹۸۹)، Fabrega در مکزیک (۱۹۹۴)، Pickwell در آمریکا (۱۹۸۹)، Dugbartey در کانادا (۱۹۹۴) و Valchos و همکاران در یونان (۱۹۹۷) همگی نشاندهنده شیوع بالای این باور در جمعیت عمومی و بیماران است (۲۶ تا ۳۱). از طرفی در این پژوهش بین مراجعه به درمانگران محلی و سکونت در روستا، مصرف داروهای گیاهی،

عمومی که به دلیل ناآگاهی وضعف اطلاعاتی درخصوص مضامین بهداشت روانی، علایم اضطرابی و افسردگی را جزء بیماری‌های درخور توجه نمی‌دانند، باعث می‌شود این گونه موارد کمتر به این مرکز ارجاع شوند.

البته ماهیت مبهم، غیراختصاصی و تداخلات علایم و نشانه‌های برخی از اختلالات روانپزشکی با یکدیگر و با علایم و نشانه‌های بیماری‌های جسمی، سوگیری تشخیصی از طرف پزشک و عدم تشخیص واقعی اختلالات روان نژدانه نیز، در این زمینه قابل طرح می‌باشد.

سپاسگزار

درخاتمه از استاد گرانقدر جناب آقای دکتر ضرغامی که در تدوین این مقاله نویسنده‌گان را راهنمایی نمودند، تشکر می‌نمایم. همچنین از پرسنل زحمتکش درمانگاه بیمارستان زارع ساری که در طول یک سال انجام این طرح صمیمانه تلاش نمودند، قدردانی می‌کنیم.

پزشکان غیرروانپزشک، و مشکلات اقتصادی اجتماعی اشاره نمود.

● به عنوان نکته آخر در این مقاله، مسأله تشخیص اولیه بیماری (Impression) مطرح می‌شود. در این بررسی، اختلالات خلقی با ۳۷ درصد، روان پریشی با ۳۳/۵ درصد و اضطرابی با ۱۳/۷ درصد، به ترتیب شایعترین تشخیص‌های اولیه بودند. وجود تشخیص بالاتر اختلالات خلقی در این مطالعه همخوانی آماری نزدیکی با متون شاخص روانپزشکی و مطالعات رایینوویتر (۱۹۹۶) و ویلکینسون (۱۹۹۵) نشان داد (۱۸،۱۱،۱۰). در حالی که اختلالات اضطرابی مشخصاً شیوع بالاتری دارند، وجود میزان بالای اختلالات روان پریشانه در این مطالعه را می‌توان با موارد زیر توضیح داد. موقعیت مرکز روانپزشکی زارع که واحدی است ارجاعی در استان مازندران و دور از مرکز شهر که بالطبع بیماران با علایم شدیدتر و مشکل‌سازتر به آن ارجاع می‌شوند. ماهیت علایم اختلالات اضطرابی و روان نژدانه که سروصدای کمتری دارند و باورهای غلط

فهرست منابع

۱. محیط، احمد؛ شاه محمدی، داود؛ بوالهروی، جعفر. ارزشیابی کشوری بهداشت روانی. *اندیشه و رفتار*. سال سوم، شماره ۳، ۱۳۷۶: ۴-۱۶.
۲. شاه محمدی، داود؛ بیان زاده، سیداکبر؛ احسان منش، مجتبی. بررسی مسیر مراجعه بیماران روانی به مراکز روانپزشکی کشور. *اندیشه و رفتار*. سال سوم، شماره ۴، ۱۳۷۷: ۴-۱۴.
3. Dhossche DM, Chani So. Who brings patients to the psychiatric emergency room? psychosocial and psychiatric correlates. *Gen Hosp Psychiatry*. 1998 Jul; 20(4): 235-40.
4. Al Subaie, Marwan Mohamad KH, Hawari Rabie A, et al. Psychiatry emergencies in a university hospital in Riyadh, Saudi Arabia. *International Journal of Mental Health*. 1997 Win; 25(4): 59-68.
5. Hansson L, Christiansen L, Sandlund M, et al. The Nordic comparative study on sectorized psychiatry. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 1997 Jan; 32(1): 12-18.

6. Rowan B. Demographic clinical and military factors related to military mental health referral patterns. *Military Medicine*. 1996 Jun; 161(6): 324-8.
7. Kimhi R, Zohar M, Barak Y, et al. Police referrals to urban psychiatric emergency room in Israel. *Journal of Forensic Psychiatry*. 1996 Dec; 7(3): 641-6.
8. Doyle H, Delaney W. Police referral of compulsory admissions: a comparison study. *Irish Journal of Psychological Medicine*. 1994 Sep; 11(3): 116-9.
9. McNiel E, Hatcher C, Zeiner H, et al. Characteristics of person referred by police to the psychiatric emergency room. *Hospital and community psychiatry*. 1991 Apr; 42(4): 425-7.
10. Wilkinson Laura K, Blixen E, Mallasch I, et al. Mental health problem in hospital based clinics: patient profile and referral patterns. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*. 1995 Oct; 1(5): 140-5.
11. Rabinowitz J, Slyuzberg M, Salamon I, et al. Who comes to the psychiatric emergency room and how they are helped. *Administration and Policy in Mental Health*. 1996 May; 23(5): 425-37.
12. Park J, Hillard J, Gillig M, Jan and Jhon Doe in the Psychiatric emergency service. *Psychiatric Quarterly*. 1989 Win; 60 (4): 297-302.
13. Sales GN. A comparison of referrals by police and other source to a psychiatric emergency service. *Hospital and Community Psychiatry*. 1991 Sep; 42(9): 950-2.
14. Burnett R, Mallett R, Bhugra D, et al. The first contact of patients with schizophrenia with psychiatric services: social factors and pathway to care in a multi -ethnic population. *Psychological Medicine*. 1999 Mar; 29(2): 475-83.
15. Schuyler D, Davis K. Primary care and psychiatry. *Acad Med*. 1999 Jan; 74(1): 27-32.
16. Oiesvold T, sandlund M, Hansson L, et al. Factors associated with referral to psychiatric care by general practitioners compared with self referrals. *Psychological Medicine*. 1998 Mar; 28(2): 427-36.
17. Ebigbo P, Aboh U. Sociodemographic and clinical features of psychologist attenders at the university of Nigeria Teaching Hospital Enugu. *J of African Psychology*. 1990; 1(3): 33-43.
18. Kaplan Harold I, Sadock Benjamin J. *Synopsis of psychiatry*. 8th ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 1998: 5-6, 559, 615.
19. Lipkin M. Psychiatry and primary care: two cultures divided by a common cause. *New Dir Ment Health Seru*. 1999 Spring; (81): 7-15.
20. Takeuchi Y, et al. Current consultation liaison psychiatry at the medical college. *Kyushu Neuro Psychiatry*. 1989 Apr; 35(1): 53-9.

21. Morgan D. Psychiatric cases: an ethnography of the referral process. *Psychological Medicine*. 1989 Aug; 19(3): 743-53.
22. Eames SA. Psychiatric patients of English general practitioners: who are they and help them? *Psichiatria General e dell'Eta Evolutiva*. 1988; 26(1): 9-21.
23. Olfson M. Emergency room dispositions of professionally referred psychiatric patients. *Psychiatric Quarterly*. 1988; 59(3): 225-34.
۲۴. بوالهری، جعفر. *بهداشت روان برای کارکنان های بهداشتی*. چاپ دوم، تهران: انتشارات بشری، ۱۳۷۴: ۹.
25. Rezali S, Khan U, Hasanah C. Belief in supernatural causes of mental illness among malay pateints: impact treatment. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1996 Oct; 94(4): 229-33.
26. El- Islam M, Abu- Dagga S. Lay explanation of symptome of mental ill health in Kuwait. *International J of Social Psychiatry*. 1992 Sum; 38(2): 150-6.
27. Achte k, Pentikainen J. Psychiatric aspects of ancient finnish supernatural medical practices. *Psychiatria Fennica*. 1989; 20: 53-60.
28. Fabrega H, Nutini H. Tlakcalan constructions of acute grief. *Culture Medicine and Psychiatry*. 1994 Dec; 18(4): 405-33.
29. Pickwell S. The incorporation of family primary care for southeast Asian refugees in a community based mental health facility. *Archives of Psychiatric Nursing*. 1989 Jun; 3(3): 173-7.
30. Dugbartey A. The factor structure of traditional beliefs among Ghanaian university students. *J of Social Psychology*. 1994 Aug; 134(4): 549-50.
31. Vlachos O, Beratis S, Hartocollis P. Magico religious beliefs and psychosis. *Psychopathology*. 1997 Mar-Apr; 30(2): 93-9.