



بررسی مسیر مراجعه بیماران روانی به مراکز روانپزشکی کشور

دکتر داود شاه محمدی^{##}، دکتر سید اکبر بیان زاده^{##}، مجتبی احسان منش^{##}

چکیده

به منظور شناسایی مسیری که بیماران روانی برای دسترسی به خدمات روانپزشکی کشور طی می‌کنند، میزان مراجعه آنها به پزشکان عمومی، مراکز درمانی و درمانگران سنتی، استفاده از داروهای گیاهی و چگونگی ارجاع ایشان به مراکز روانپزشکی، با استفاده از یک پرسشنامه ۱۵ ماده‌ای، ۹۲۳ نفر (۴۹۴ زن، ۴۲۹ مرد) از مراجعه‌کنندگان به مطبهای خصوصی روانپزشکان، بخشهای بستری و درمانگاههای روانپزشکی کشور به عنوان بخشی از ارزشیابی کشوری برنامه بهداشت روان با همکاری و حمایت فنی و مالی سازمان جهانی بهداشت منطقه مدیترانه شرقی مورد بررسی قرار گرفتند. این افراد براساس نمونه‌گیری تصادفی چند مرحله‌ای انتخاب شده، میانگین سنی آنان ۳۱/۳ سال، ۵۳٪ زن، ۴۷٪ مرد، ۵۴٪ متأهل و ۴۱٪ مجرد بودند. تجزیه و تحلیل یافته‌های پژوهش به کمک آزمون "خی دو" و نرم‌افزار EPI-6 نشان داد که ۳۵/۱٪ افراد مورد بررسی در زمان اجرای پژوهش یک تا پنج سال از آغاز بیماری فعلی‌شان گذشته بود. نزدیک به نیمی از مراجعه‌کنندگان به مراکز مورد بررسی توسط بستگان، دوستان و آشنایان به این مراکز معرفی شده‌اند. ۸۵/۹٪ از افراد مورد بررسی در نخستین اقدام برای درمان بیماری فعلی خود به پزشکان و مراکز درمانی و ۱۴/۱٪ به درمانگران سنتی مراجعه نموده‌اند؛ اما ۳۶/۱٪ از کل افراد در طول مدتی که این ناراحتی را داشته‌اند، افزون بر پزشکان و مراکز روانپزشکی به درمانگران سنتی نیز مراجعه نموده‌اند. بین متغیرهایی چون سن، جنس، وضعیت تأهل، در ارتباط با میزان مراجعه به درمانگران سنتی، استفاده از داروهای گیاهی و مراجعه به مراکز بهداشتی درمانی تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد. به طور کلی نتایج نشان داد ضمن آن که درمانگران سنتی در کشور ما هنوز نقش مؤثری در جلب بیماران روانی به سوی خود دارند، درصد بسیار بالایی از بیماران روانی به پزشکان عمومی در مراکز بهداشتی درمانی مراجعه می‌نمایند.

Andeesheh
Va
Raftar
اندیشه و رفتار
۴

کلید واژه: مراجعه بیماران روانی، مراکز بهداشتی - درمانی، مراکز روانپزشکی، درمان سنتی، مسیر مراجعه

- ## روانپزشک، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، تهران، خیابان طالقانی، کوچه جهان، پلاک ۱. انستیتو روانپزشکی تهران.
- ## دکترای توانبخشی روانی، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، تهران، خیابان طالقانی، کوچه جهان، پلاک ۱. انستیتو روانپزشکی تهران.
- ## کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، تهران، خیابان طالقانی، کوچه جهان، پلاک ۱. انستیتو روانپزشکی تهران.

امکانات درمانی و خدمات بهداشت روانی در بسیاری از کشورهای رو به رشد گسترش کافی نیافته است؛ از این رو بررسی نظامدار راههایی که بیماران روانی نیازمند برای دستیابی به این خدمات طی می‌کنند از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. بررسیهای انجام شده در کشورهای توسعه یافته نشان داده است که بسیاری از بیماران دارای مشکلات روانی - رفتاری از طریق جامعه به پزشکان عمومی و سپس مستقیماً به روانپزشکان ارجاع داده می‌شوند؛ در حالی که گروهی نیز توسط متخصصان دیگر، و درصد کمی نیز توسط مددکاران اجتماعی، گروههای خدماتی داوطلب، پرستاران و پلیس به روانپزشک معرفی می‌شوند (ابیودون^(۱)، ۱۹۹۵) و در مواردی برخی از این ارجاع دهندگان خود به ارائه خدمات روانپزشکی نیز می‌پردازند (سازمان جهانی بهداشت ۱۹۹۴). شیوه ارجاع در کشورهای در حال توسعه تا اندازه‌ای متفاوت است. بررسیها نشان داده‌اند که درمانگران سنتی در کشورهای در حال توسعه کارکرد اجتماعی وسیع‌تری دارند، آموخته‌ها و تدابیر درمانی آنها مبتنی بر اعتقادات و باورهای جامعه است و بر پایه فرهنگ عامه جامعه و ارزشهای رایج آن شکل گرفته است. از این رو ممکن است تاثیر و نفوذ قابل توجهی در نگرش مردم در زمینه‌های مهمی، از جمله مراقبتهای بهداشت روانی داشته باشند (سازمان جهانی بهداشت، ۱۹۷۵، گاویریا^(۲)، ویستروب^(۳)، ۱۹۷۶). بررسیهانشان داده‌اند که بسیاری از بیماران در کشورهای رو به رشد برای درمان مشکلات روانی - رفتاری به درمانگران سنتی مراجعه می‌کنند؛ از این رو برخی از دست‌اندرکاران گسترش ارائه خدمات بهداشت روانی (از جمله اوجامونگا^(۴)، ۱۹۸۱؛ ازجی^(۵)، سارو^(۶)، مکلاکلان^(۷)، ۱۹۹۲) تأکید فزاینده‌ای بر ادغام خدمات بهداشت روانی و خدمات درمانی سنتی در این کشورها داشته‌اند. از سوی دیگر روشها و باورهای مربوط به درمانهای سنتی برآمد تجارب چند هزار ساله جوامع است و برای درمان بیماریهای مردمی به کار گرفته می‌شوند که

دست‌اندرکاران بهداشتی کشورها مسئول اجرای آن هستند. برای بهبود و ارتقاء این روشها و باورها نخست باید همانند دیگر زمینه‌های بهداشتی آنها را به خوبی شناخت و سپس برای بهبود و گسترش مراقبتهای بهداشتی جمعیتهای زیر پوشش از آنها بهره گرفت.

برای تکمیل اطلاعات همه‌گیری‌شناسی استاندارد، آن دسته از مقامات و مسئولین بهداشتی که مایل به سهیم نمودن دست‌اندرکاران درمانهای سنتی در منابع و امکانات موجود درمانی به منظور گسترش مراقبتهای بهداشتی هستند نخست باید تعداد و محل آنها، روشهای تشخیصی و درمانی که به کار می‌برند، نقش و عملکرد ایشان در جوامع مربوطه، دوره‌های آموزشی را که گذرانیده‌اند، سوگیریهای درمانی آنها و اینکه کدامیک در روند ادغام خدمات بهداشت روانی در مراقبتهای بهداشتی اولیه مناسب است را بشناسند و آنگاه نوع آموزشهای مورد نیاز آنان را برای بهبود ارائه خدمات درمانی معین نمایند. تجزیه و تحلیل داده‌های این بررسی می‌تواند تأثیر خدمات ارائه شده از سوی درمانگران سنتی در زمینه بهداشت عمومی جوامع و کشور را بیشتر معرفی نماید (بنرمن^(۸)، برتون^(۹)، ونچی^(۱۰)، ۱۹۸۸). با آنکه استفاده از درمانهای سنتی در ایران رو به کاهش است، مراجعه به دعانویس در بسیاری از مناطق کشور رونق فراوان دارد. به طوریکه ۶۱/۵٪ بیماران روانی در روستاها دست کم یک بار به دعانویس مراجعه کرده‌اند، ۴۰/۲٪ بیماران روانی و صرعی پس از بروز علائم بیماریشان برای نخستین بار به دعانویس مراجعه نموده‌اند؛ در حالیکه مراجعه به روانپزشکان تنها ۷/۲٪ بوده است (شاه‌محمدی، ۱۳۶۹). می‌توان گفت که تغییرات سریع اجتماعی در نتیجه رشد اقتصادی، صنعتی شدن و شهرنشینی تأثیرات عمیقی

- | | |
|---------------|---------------|
| 1- Abiodun | 2- Gaviria |
| 3- Wintrob | 4- Ojamunga |
| 5- Ezeji | 6- Sarvela |
| 7- Maclachlan | 8- Bannerman |
| 9- Burton | 10- Wen-Chieh |

بر ساختار اجتماعات، کارکرد خانواده‌ها و سلامت روانی افراد برجای گذاشته است. در بسیاری از اجتماعات این تغییرات سبب از بین رفتن نظام سنتی حمایت روانی در خانواده شده، توانائی افراد و خانواده‌ها را در رویارویی با فشارهای گوناگون روانی، اجتماعی، اقتصادی، بیماری و ناتوانی کاهش داده است (هولتزمن^(۱)، اوانز^(۲)، ایزکو^(۳)، ۱۹۸۷). از آنجا که امکانات بهداشتی - درمانی متناسب با نیاز روزافزون جامعه گسترش نیافته و تسهیلات خدماتی محدود موجود نیز، به خوبی معرفی نشده است؛ این امر سبب شده که مردم مشکلات گوناگون بدنی، اجتماعی و روانشناختی خویش و راههای چاره آنها را به درستی نشناسند. بررسیها نشان داده‌اند که ۱۸٪ تا ۶۴٪ بیمارانی که ظاهراً برای درمان مشکلات بدنی خویش به پزشکان عمومی و متخصصان غیرروانپزشک مراجعه می‌کنند، در حقیقت از مشکلات روانی - رفتاری رنج می‌برند (بهاثیا^(۴)، ری^(۵)، ۱۹۷۳؛ هسنس^(۶)، بورگکوویست^(۷)، تتل بلات^(۸) و نوردستروم^(۹)، ۱۹۹۴؛ کیم^(۱۰) و همکاران، ۱۹۷۵؛ به نقل از ری، سوب^(۱۱)، کیم، ساساکی^(۱۲)، یانگ^(۱۳)، تای^(۱۴)، ۱۹۹۵؛ داویدیان، ۱۳۶۰؛ ایزدی، ۱۳۶۰؛ شاه‌محمدی، ۱۳۶۹).

بررسیهای زیادی شیوه مراجعه بیماران روانی را برای دریافت خدمات درمانی روانپزشکی مورد بررسی قرار داده‌اند. بسیاری از این بررسیها بر نوع خدمات درمانی که پیش از نخستین مراجعه به روانپزشک توسط بیماران روانی دریافت شده تأکید نمودند. پژوهشگران مایل بوده‌اند عواملی را که سبب گرایش بیماران به دریافت خدمات درمانی غیرروانپزشکی گردیده است شناسایی نمایند. در یک بررسی پیرامون شیوه مراجعه بیماران روانی به مراکز روانپزشکی و دیگر مراکز درمانی در ۵ منطقه شرق آسیا، نشان داده شد که در مجموع ۴۷/۷٪ افراد مورد بررسی پیش از نخستین مراجعه به روانپزشک از درمانهای بومی، مذهبی و شیوه‌های درمانی طب شرقی استفاده کرده‌اند. همین بررسی نشان داد که ۲۸/۳٪ این

افراد حتی پس از مراجعه به روانپزشک نیز برای بهره‌گرفتن از خدمات درمانی غیر روانپزشکی نیز به مراکز یاد شده مراجعه نموده‌اند (ری و همکاران، ۱۹۹۵). مراجعه نکردن به موقع این افراد به روانپزشک افزون بر زیانهای مادی و اقتصادی به دلیل درمان غیرمؤثر، سبب وخیم‌تر شدن بیماری و مزمن شدن آن می‌گردد. نخستین مراجعه بیماران روانی به پزشک از اهمیت فراوانی برخوردار است. در بررسی انجام شده توسط داویدیان در سال ۴۷-۱۳۴۶ (داویدیان، ۱۳۵۰)، مشخص گردید که ۸۰/۸٪ بیماران روانی در روستاها برای نخستین بار به پزشکان عمومی و سایر متخصصان مراجعه نموده‌اند این رقم در بررسی شاه‌محمدی (۱۳۶۹)، ۸۵/۸٪ بود. بررسیها همچنین نشان داده‌اند بسیاری از افرادی که از بیماریهای گوناگون روانی - رفتاری رنج می‌برند، ماهها و گاهی سالها پس از بروز نشانه‌های بیماری به روانپزشک مراجعه می‌کنند (داویدیان، ۱۳۶۰). همانطور که گفته شد این تأخیر در دریافت خدمات درمانی، نه تنها سبب شدت یافتن بیماری می‌شود، بلکه درمان و روند بهبود مشکلات را پیچیده و طولانی‌تر می‌کند؛ به ویژه زمانی که دریاپیم براساس یافته‌های پژوهشی بیشتر افرادی که برای درمان مشکلات روانی - رفتاری خویش به غیر روانپزشک مراجعه می‌کنند، دچار اضطراب و افسردگی هستند (همان جا). در پژوهش افشاری منفرد و همکاران (۱۳۷۶)، ۱۴٪ مراجعه کنندگان مراکز بهداشتی درمانی شهری سمنان دارای اختلالات روانی تشخیص داده شدند. با توجه به این امر که عدم درمان به موقع اضطراب و افسردگی می‌تواند سبب ایجاد مشکلات روانی و بدنی بی‌شماری

- | | |
|--------------|----------------|
| 1- Holtzman | 2- Evans |
| 3- Iscoe | 4- Bhatia |
| 5- Rhi | 6- Hansson |
| 7- Borgquist | 8- Nettelblatt |
| 9- Nordstrom | 10- Kim |
| 11- Seob | 12- Sasaki |
| 13- Young | 14- Tai |

مراجعه به درمانگران سنتی و به کار بردن شیوه‌های درمانی آنان می‌تواند در روند درمان و بهبودی یا به کارگیری درمانهای روانپزشکی در مراحل بعدی تأثیر داشته باشد و آنرا به تأخیر بیاندازد

کشور طی نموده‌اند، و بدست آوردن اطلاعاتی در مورد چگونگی ارتباط متغیرهایی چون وضعیت اجتماعی و فرهنگی، وضعیت تحصیلی، میزان مراجعه به درمانگران سنتی و استفاده از داروهای گیاهی برای درمان مشکلات روانی - رفتاری بیمار بوده است. به بیان روشن‌تر پژوهش حاضر همزمان با ارزشیابی برنامه کشوری بهداشت روانی (محیط، شاه‌محمدی، بواله‌ری، ۱۳۷۶) و با کمک سازمان جهانی بهداشت و وزارت بهداشت به منظور پاسخگویی به پرسشهای زیر برنامه‌ریزی شده است:

- ۱- چند درصد از مراجعین به کلینیکهای تخصصی، مطبهای خصوصی روانپزشکان و بخش بستری روانپزشکی در نخستین اقدام خود برای درمان مشکلات روانی - رفتاری خویش به درمانگران سنتی مراجعه نموده و از داورهای گیاهی استفاده کرده‌اند؟
- ۲- چند درصد از مراجعین به کلینیکهای تخصصی، مطبهای خصوصی روانپزشکان و بخش بستری روانپزشکی در نخستین مراجعه خود برای درمان مشکل فعلی خود به پزشکان عمومی مراجعه نموده‌اند؟
- ۳- ارتباط مشخصات جمعیت‌شناختی مراجعین و میزان مراجعه به درمانگران سنتی چگونه است؟
- ۴- مراجعین به مراکز درمانی روانپزشکی چه مسیری را برای رسیدن به مراکز روانپزشکی طی کرده‌اند؟
- ۵- مراجعین به مراکز درمانی روانپزشکی، توسط چه

گردد و در پاره‌ای موارد منجر به خودکشی شود و یا عوارض خانوادگی، اختلالات شغلی و اشکال در روابط اجتماعی را موجب گردد، اهمیت درمان به موقع و شناسایی بیماران مبتلا به اختلالهای روانی بیش از پیش آشکار می‌شود.

بسیاری از مشکلات روانی در ابتدا به صورت شکایتهای جسمی بروز نموده و از این رو وارد حوزه فعالیت پزشک عمومی می‌شوند. در عین حال تشخیص و درمان مناسب برای بسیاری از مشکلات روانی توسط پزشکان عمومی امکان‌پذیر است. بسیاری از مددجویان، خدمات درمانی روانپزشکان را پس از آنکه توسط پزشک عمومی توصیه شده بهتر پذیرفته و به آن روی آورده‌اند (مکانیک^(۱)، ۱۹۹۴). از سوی دیگر به نظر می‌رسد که شیوه استنباط بیماران از علت بیماری خود، آنان را برای پذیرش روش درمانی خاصی آماده می‌کند؛ بسته به اینکه ریشه بیماری را جسمی تلقی کنند یا روانی و یا تلفیقی از هر دو، شیوه درمانی را نیز جسمی، روانی و یا تلفیقی از هر دو در نظر خواهند گرفت (مکلاکلان، نیرنا^(۲)، نیاندو^(۳)، ۱۹۹۵). بررسیها نشان داده‌اند که در بسیاری از کشورهای در حال رشد، مردم برای تأثیر عوامل ماوراءالطبیعه در بروز بیماریهای روانی اهمیت زیادی قائل هستند. برای نمونه بررسی باورهای گروهی از مردم پورتوریکو، ساکن در ایالات متحده امریکا (گاویریا و همکاران، ۱۹۷۶)، در مورد علل بروز بیماریهای روانی در افراد، نشان داد که ۸۰ درصد از پاسخگویان عادی و ۹۰ درصد از بیماران روانی مورد مصاحبه به شکلی متقاعد شده‌اند که ارواح در چگونگی زندگی مردم، به ویژه شکل گرفتن بیماریهای جسمی و روانی نقش دارند. بدیهی است که این شیوه تلقی از علت بروز بیماری در هدایت آنها به سوی استفاده از یک شیوه خاص احتمالاً ماوراءالطبیعه‌ای نیز بی‌تأثیر نیست.

از این رو هدف پژوهش حاضر شناخت مسیری (ردپا)^(۴) است که مراجعه‌کنندگان به مراکز روانپزشکی

1- Mechanic

2- Nyirena

3- Nyando

4- pathway

افرادی یا چه مراجعی به مراکز روانپزشکی ارجاع داده شده‌اند؟

این پژوهش از نوع پژوهش‌های گذشته‌نگر^(۱) است و الگوی پی‌جویی بیماران روانی مراجعه‌کننده به مراکز روانپزشکی را جهت دریافت خدمات درمانی در گذشته مورد بررسی قرار داده است.

روش

آزمودنیهای پژوهش را ۹۲۳ نفر از مراجعین به مطبهای خصوصی روانپزشکان، درمانگاههای تخصصی روانپزشکی و بخشهای بستری روانپزشکی کشور تشکیل می‌دهند. روش انتخاب آزمودنیها به این ترتیب بوده است که نخست از بین کلیه درمانگاههای تخصصی روانپزشکی کشور ۲۶ مرکز و از بین ۲۷۰ مطب روانپزشکی در شهرهای مختلف ۵۰ مطب (۳۰ مطب از تهران و ۲۰ مطب از شهرستانها) و از بخشهای بستری روانپزشکی نیز ۲۳ بخش به صورت تصادفی انتخاب شده‌اند. از هر مطب ۱۰ نفر و از هر مرکز بستری و کلینیک تخصصی ۱۰ نفر از مراجعه‌کنندگان آنها به عنوان آزمودنیهای پژوهش مورد مصاحبه قرار گرفتند.

ابزار مورد استفاده در این بررسی یک پرسشنامه شامل ۸ پرسش بسته و ۷ پرسش باز، بوده که با کمک و هدایت دکتر نورمن سارتوریوس^(۲)، دکتر احمد محیط^(۳) و پژوهشگران و همکاران مقاله حاضر ساخته شد. این پرسشها مربوط به اطلاعاتی در زمینه محل بررسی، سن، جنس، وضعیت تأهل، تحصیلات، شغل و پرسشهایی در ارتباط با چگونگی مراجعه به مرکز مورد نظر، مدت بیماری فعلی، مراکز و محلهایی که پیش از مراجعه به مرکز فعلی به آنها مراجعه نموده است، بود. محلی که نخستین بار برای درمان مشکل فعلی مراجعه کرده است، مراجعه به درمانگران محلی، دعانویس و غیره نیز مورد پرسش قرار گرفته است.

گردآوری اطلاعات با استفاده از ابزار پژوهش توسط

کارشناسان بهداشت روان هر استان و با نظارت کارشناسان اعزامی به استانها از سوی ستاد ارزشیابی بهداشت روان کشور مستقر در انستیتو روانپزشکی تهران، صورت گرفته است. مراحل مقدماتی آماده‌سازی طرح پژوهشی و تهیه پرسشنامه مورد نظر از مرداد ماه ۱۳۷۴ آغاز گردید و در هفته سوم مهر ماه ۱۳۷۴ به صورت همزمان در کلیه استانهای کشور اطلاعات مورد نیاز گردآوری شد. پیش از اجرای پژوهش اصلی، به منظور بررسی مشکلات موجود در زمینه تکمیل پرسشنامه مورد نظر و پیش‌بینی تدابیر لازم جهت از میان برداشتن مشکلات احتمالی، چند پرسشنامه توسط پژوهشگران تکمیل و نتایج به دست آمده در جلسه‌ای با همکاران به بحث گذاشته شد و پاره‌ای تغییرات در پرسشنامه و روند اجرای پژوهش ایجاد گردید. به منظور تحلیل داده‌ها از روشهای مورد استفاده در آمار توصیفی مانند فراوانی، درصد، میانگین و ... همچنین آزمون آماری χ^2 استفاده شد. این یافته‌ها به کمک نرم‌افزار EPI-6 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج

یافته‌های مربوط به مشخصات آزمودنیهای پژوهش، اطلاعات مربوط به سن، جنس، وضعیت تأهل و شغل آزمودنیها در جدول ۱ ارائه گردیده است. همانطور که ملاحظه می‌شود بیشترین فراوانی در گروه سنی ۳۰-۱۶ سال (۴۵/۹٪) و پس از آن گروه سنی ۵۰-۳۱ سال (۳۹/۱٪) بوده است. گروههای سنی زیر ۱۵ سال و بالاتر از ۵۰ سال دارای کمترین فراوانی بوده‌اند. میانگین سنی نمونه مورد بررسی، ۳۱/۳ سال بوده است. ۴۹۴ نفر زن (۵۳٪) و ۴۲۹ نفر (۴۷٪) مرد بوده‌اند. ۴۹۶ نفر (۵۴٪) خود را متأهل، ۳۷۸ نفر (۴۱٪) مجرد و ۴۹ نفر (۵٪) جدا شده معرفی کرده‌اند. از نظر شغلی، ۳۲۸ نفر (۳۵/۵٪)

1- retrospective
3- Ahmad Mohit

2- Norman Sartorius

جدول ۱- توزیع فراوانی بیماران مورد بررسی در مراکز درمانی کشور برحسب گروه‌های سنی، جنسیت، وضعیت تأهل و شغل (N=۹۲۳).

متغیرها	فراوانی	درصد
سن		
۱۵ ساله و پایین‌تر	۶۵	۷
۱۶-۳۰ ساله	۴۲۳	۴۵/۹
۳۱-۵۰ ساله	۳۶۱	۳۹/۱
۵۰ ساله و بالاتر	۷۴	۸
جنسیت		
زن	۴۹۴	۵۳
مرد	۴۲۹	۴۷
وضعیت تأهل		
متأهل	۴۹۶	۵۴
مجرد	۳۷۸	۴۱
جداشده	۴۹	۵
شغل		
کشاورز	۲۹	۳/۲
کارگر	۷۳	۷/۹
کارمند	۱۰۱	۱۱
آزاد	۹۹	۱۰/۷
خانه‌دار	۳۲۸	۳۵/۵
بیکار	۱۳۹	۱۵
سایر مشاغل	۱۴۳	۱۵/۵
بی‌جواب	۱۱	۱/۲

خانه‌دار، ۱۳۹ نفر (۱۵٪) بیکار و ۱۰۱ نفر (۱۱٪) کارمند بوده‌اند.

نتایج نشان می‌دهد که ۵/۵٪ مراجعه‌کنندگان به مراکز مورد بررسی، توسط پزشکان عمومی و ۴۹٪ توسط آشنایان و بستگان بیماران برای درمان مشکلات روانی- رفتاری، به مراکز روانپزشکی ارجاع شده‌اند (جدول ۲). یافته‌های مربوط به محلی که بیماران مورد بررسی پیش از

مراجعه به محل فعلی به آن مراجعه نموده‌اند در جدول ۳ منعکس گردیده است. همان‌طور که در این جدول مشاهده می‌شود بیشترین درصد افراد مورد بررسی پیش از مراجعه به محل فعلی به پزشکان و مراکز درمانی مراجعه نموده‌اند و تنها ۸/۰٪ به درمانگران محلی مراجعه داشته‌اند.

جدول ۲- توزیع فراوانی مطلق و نسبی افراد مورد بررسی برحسب چگونگی ارجاع به مراکز روانپزشکی کشور (N=۹۲۳)

منبع ارجاع	فراوانی	درصد
خانواده و بستگان	۳۰۳	۳۲/۸
دوستان و آشنایان	۱۵۲	۱۶/۵
روانپزشک	۱۰۵	۱۱/۴
پزشک عمومی	۵۱	۵/۵
خود بیمار	۹۳	۱۰/۱
پزشک متخصص	۴۱	۴/۵
مراکز قضایی	۳۱	۳/۴
بنیاد جانبازان، بهزیستی، کمیته امداد، مدرسه	۲۹	۳/۱
بیمارستان عمومی (درمانگاه)	۲۳	۲/۵
بیمارستان تخصصی و درمانگاه	۲۰	۲/۲
سایر	۷۵	۸/۱

جدول ۳- توزیع فراوانی افراد مورد بررسی برحسب محل مراجعه قبلی (N=۹۲۳).

محل مراجعه	فراوانی	درصد
روانپزشک	۲۷۲	۲۹/۴
مطب پزشک عمومی	۱۴۰	۱۵/۲
سایر متخصصین	۱۱۴	۱۲/۳
مراکز روانپزشکی (درمانگاه و بیمارستان)	۹۰	۹/۷
بیمارستان عمومی (درمانگاه)	۳۹	۴/۲
روانشناس	۱۰	۱/۱
درمانگران محلی	۷	۰/۸
سایر	۸۶	۹/۴
قبلاً به جایی مراجعه ننموده	۱۶۵	۱۷/۹

۱۵/۲٪ به پزشکان عمومی، ۲۹/۴٪ به روانپزشکان و ۱۲/۳٪ به سایر متخصصان مراجعه نموده‌اند.

از افراد مورد بررسی همچنین پرسیده شد که پیش از مراجعه به محل قبلی نیز به منظور درمان مشکل روانی خویش به چه افراد یا محل‌هایی مراجعه نموده بودند. نتایج نشان داد که ۴۶/۴٪ افراد مورد بررسی پیش از مراجعه به محل قبلی برای درمان مشکل فعلی خویش به جایی مراجعه ننموده‌اند. به بیان دیگر مراجعه ۴۶/۴٪ افراد مورد بررسی به محل مراجعه قبلی، نخستین اقدام درمانی ایشان برای درمان مشکل فعلی بوده است. ۱۵/۸٪ به

روانپزشک، ۱۳/۹٪ به پزشک عمومی، ۶/۳٪ به سایر متخصصان، ۵/۱٪ به مراکز روانپزشکی، ۳/۴٪ به بیمارستان عمومی، ۵/۹٪ به سایر مراکز و تنها ۲/۷٪ به درمانگران محلی و دعانویس مراجعه نموده‌اند.

توزیع فراوانی بیماران مورد بررسی در مراکز روانپزشکی کشور برحسب طول مدت بیماری فعلی در جدول ۴ ارائه گردیده است. همچنانکه در جدول ملاحظه می‌شود تنها ۳۷/۷٪ از افراد مورد بررسی کمتر از یک سال از شروع بیماریشان می‌گذرد و بیشترین بیماران بیش از یکسال بیمار بوده‌اند.

جدول ۴- توزیع فراوانی بیماران مورد بررسی در مراکز درمانی کشور برحسب طول مدت بیماری فعلی (N=۹۲۳).

مدت بیماری	کلینیک تخصصی (%) (n= ۱۸۵)	مطب خصوصی (%) (n= ۴۵۴)	بخش بستری روانپزشکی (%) (n= ۲۴۴)	میانگین (%)
تا ۱ سال	۴۱/۱	۴۳/۶	۲۸/۳	۳۷/۷
۱ تا ۵ سال	۲۷	۳۶/۱	۴۲/۲	۳۵/۱
۵ سال به بالا	۳۱/۹	۲۰/۳	۲۹/۵	۲۷/۲

* ۴۰ نفر مدت بیماری خود را مشخص نکرده‌اند.

افرادی که طول مدت بیماری آنان کمتر از یک سال بوده است مراجعه کمتری به بخش بستری روانپزشکی داشته‌اند؛ ولی با افزایش طول مدت بیماری، مراجعه کنندگان به بخش بستری روانپزشکی فراوانی بیشتری را نشان داده‌اند. این امر در افرادی که طول مدت بیماری آنان بیش از ۵ سال می‌باشد، کمتر بوده است. این

تفاوتها همراه با فراوانیهای مشاهده شده در محاسبه با آزمون "خی دو" ($p < 0/001$, $df = 4$, $\chi^2 = 26/1$) تفاوت معنی‌داری را نشان داده است.

یافته‌های مربوط به محلی که بیماران مورد بررسی در نخستین اقدام خویش برای درمان مشکل فعلی به آن مراجعه نموده‌اند در جدول ۵ ارائه گردیده است. همانطور

جدول ۵- توزیع فراوانی بیماران مورد بررسی در مراکز درمانی کشور بر حسب مراجعه به درمانگران سنتی و مراکز درمانی در نخستین اقدام درمانی برای درمان ناراحتی فعلی خود (N=۹۲۳).

محل مراجعه	کلینیک تخصصی (%) (n=۱۷۴)	مطب خصوصی (%) (n=۴۴۵)	بخش بستری روانپزشکی (%) (n=۲۵۱)	میانگین (%)
مراکز درمانی	۸۳/۹	۹۲/۱	۸۱/۷	۸۵/۹
درمانگران سنتی و دعانویس	۱۶/۱	۷/۹	۱۸/۳	۱۴/۱

* ۵۳ نفر از افراد مورد بررسی به این پرسش پاسخ نداده‌اند.

که ملاحظه می‌شود، بیشترین بیماران مورد بررسی (۸۵/۹٪) در نخستین اقدام درمانی برای درمان ناراحتی فعلی خود، به مراکز درمانی مراجعه کرده‌اند و تنها ۱۴/۱٪ به درمانگران سنتی مراجعه نموده‌اند (جدول ۶). همچنین یافته‌های پژوهش نشان داد که ۳۲/۲٪ از مراجعین به کلینیک‌های تخصصی، ۲۱/۱٪ از مراجعین

به مطب‌های خصوصی، ۵۳/۱٪ از بیماران بستری در بخش‌های روانپزشکی و در مجموع ۳۶/۱٪ از افراد مورد بررسی در طول درمان بیماری روانی فعلی خود به درمانگران سنتی نیز مراجعه نموده‌اند که از میان آنها ۳۶/۴٪ تنها به استفاده از داروهای گیاهی بسنده نموده‌اند.

جدول ۶- توزیع فراوانی بیماران مورد بررسی در مراکز روانپزشکی کشور برحسب استفاده از داروهای گیاهی و مراجعه به مراکز درمانی در طول مدت بیماری (N = ۹۲۳).

محل مراجعه	کلینیک تخصصی (%)	مطب خصوصی (%)	بخش بستری روانپزشکی (%)	میانگین (%)
در مراکز درمانی	۶۴/۷	۷۴/۱	۵۲	۶۳/۶
استفاده از داروهای گیاهی	۳۵/۳	۲۵/۹	۴۸	۳۶/۴

بحث در نتایج

همان‌طور که بیان گردید محلهای مراجعه و روشهای درمانی مورد استفاده در گذشته توسط بیماران که برای استفاده از مراقبتهای روانپزشکی به مراکز مربوطه ارجاع می‌شوند، گردآوری شده است. به طور کلی یافته‌های پژوهش حاضر نتایج بررسیهای انجام شده در کشورهای رو به رشد را مبنی بر نقش داشتن پزشکان عمومی و درمانگران سنتی در درمان بیماران از جمله آن دسته از بیماران روانی (گیتر^(۱)، سوسا^(۲)، بارینتوز^(۳) و دیگران، ۱۹۹۱؛ شاه محمدی، ۱۳۶۹؛ افشاری و همکاران، ۱۳۷۶) که به مراکز روانپزشکی ارجاع می‌شوند، تأیید می‌کنند. مراجعه بیماران به ویژه بیماران روانی به درمانگران سنتی به دلایل مختلفی از جمله اعتقاد به تأثیر نیروهای ماوراءالطبیعه در تندرستی و بیماری انسان، (ابیودون، ۱۹۹۵) ترس از عوارض جانبی داروهای مورد استفاده در پزشکی و بویژه در روانپزشکی (گیتر و گلدبرگ^(۴))، ۱۹۹۱) می‌باشد. مراجعه به درمانگران سنتی اغلب سبب تأخیر در مراجعه به مراکز روانپزشکی

می‌گردد. از سوی دیگر مراجعه به درمانگران سنتی و به کار بردن شیوه‌های درمانی آنان می‌تواند در روند درمان بهبودی یا به کارگیری درمانهای روانپزشکی در مراحل بعدی تأثیر داشته باشد و آنرا به تأخیر بیاندازد یا نتیجه مطلوب در پی نداشته باشد. بستگان و اعضای خانواده بیمار نقش مؤثری در تصمیم‌گیریهای مربوط به انتخاب نوع درمانگر دارند. یافته‌های این بررسی در تائید یافته‌های مشابه پیشین (گیتر، سوسا، بارینتوز و همکاران، ۱۹۹۱) می‌باشد. ۸۷/۴٪ از کل افراد مورد بررسی در این پژوهش در هنگام بروز نشانه‌های بیماری، نخست به مراکز درمانی مراجعه نموده‌اند و تنها ۱۲/۶٪ مراجعه به درمانگران سنتی را در نخستین اقدام جهت درمان مشکل روانی فعلی خود عنوان کرده‌اند که می‌تواند به عنوان یک شاخص مثبت در برنامه‌های بهداشت روان کشور مدنظر قرار گیرد. ولی این رقم در مقایسه با بررسی گیتر و گلدبرگ (۱۹۹۱) در جنوب منچستر که رقمی کمتر از ۱٪ گزارش شده نسبتاً بالاست؛ اما در مقایسه با بررسی ابیودون

- | | |
|---------------|-------------|
| 1- Gater | 2- Sousa |
| 3- Barrientos | 4- Goldberg |

دوستان و آشنایان به ویژه بستگان نزدیک بیماران نقش مهمی در هدایت آنان به سوی مراکز بهداشتی - درمانی و مراکز روانپزشکی داشته‌اند. این امر بر ضرورت آگاه نمودن خانواده‌ها نسبت به مشکلات روانی - رفتاری و شیوه‌های برخورد با آنها تأکید دارد.

مورد بررسی از سوی بستگان، دوستان و آشنایان به مراکز درمانی روانپزشکی ارجاع شده‌اند. پزشکان عمومی نقش کمی در ارجاع افراد مورد بررسی به مراکز یاد شده داشته‌اند، این یافته‌ها بیانگر آن است که دوستان و آشنایان به ویژه بستگان نزدیک بیماران نقش مهمی در هدایت آنان به سوی مراکز بهداشتی - درمانی و مراکز روانپزشکی داشته‌اند. پس از آن آگاهی خود بیماران نسبت به چگونگی مشکلات روانی و شیوه برخورد با این مشکلات، چاره جوی مشکل بوده است. این امر بر ضرورت آگاه نمودن خانواده‌ها نسبت به مشکلات روانی - رفتاری و شیوه‌های برخورد با آنها تأکید دارد. نتایج به دست آمده پیرامون مراکزی که بیماران پیش از مراجعه به مراکز فعلی به آنها مراجعه نموده‌اند نیز نشان می‌دهد که درصد چشمگیری از افراد مورد بررسی به مراکز درمانی و متخصصان رشته‌های مختلف پزشکی مراجعه کرده‌اند و کمتر از یک درصد از افراد مورد بررسی به درمانگران محلی مراجعه نموده بودند. این یافته پژوهش نیز نشان دهنده آن است که گرایش عمومی متوجه استفاده از امکانات درمانی برای درمان مشکلات روانی است. گرچه پیش از مراجعه به محل قبلی، مراجعه به درمانگران سنتی اندکی بیشتر گزارش شده است. به طور کلی یافته‌های پژوهش نشان داد که مراجعه به درمانگران سنتی گرچه از نظر فراوانی بسیار کمتر از مراجعه به مراکز درمانی است ولی در مقایسه با برخی کشورها هنوز نقش مهمی در شیوه درمان مشکلات روانشناختی بیماران مراجعه کننده به مراکز روانپزشکی کشور دارد.

(۱۹۹۵) که نشان دهنده مراجعه بیش از ۳۹/۹٪ افراد و بررسی شاه‌محمدی (۱۳۶۹) که نشان دهنده مراجعه ۳۸/۳٪ افراد مورد بررسی به درمانگران سنتی در نخستین اقدام درمانی خویش بوده‌اند نسبتاً کم به نظر می‌رسد. شاید بتوان تفاوت بسیار زیاد بین ارقام گزارش شده توسط شاه‌محمدی و رقم مشابه در بررسی حاضر را به دلیل نبود امکانات درمانی و ویژگیهای فرهنگی، اجتماعی، اقتصادی و جغرافیایی منطقه مورد بررسی (شهر کرد) دانست. همین بررسی نشان داده است که ۶۲/۵٪ از افراد مورد بررسی دست کم یک بار برای درمان بیماری فعلی خویش به درمانگران سنتی مراجعه نموده‌اند. این رقم نیز در مقایسه با یافته پژوهش حاضر بسیار بالاست. بررسیهای پیشین نیز نشان داده‌اند که زنان بیش از مردان به درمانگران سنتی مراجعه می‌کنند. اما در بررسی حاضر بین متغیرهایی چون سن، جنس، وضعیت تأهل، تحصیلات و ارتباط آنها با فراوانی مراجعه به درمانگران سنتی و استفاده از داروهای گیاهی در طول مدت بیماری با استفاده از آزمون "خی دو" تفاوت معنی‌داری مشاهده نگردیده است. شاید بتوان دلیل بالا بودن درصد مراجعه کنندگان به درمانگران سنتی و همچنین تأخیر در مراجعه به مراکز روانپزشکی را به واسطه ماهیت بسیاری از بیماریهای روانی دانست که بروز نشانه‌های آن تدریجی است و فرد با افزایش اندک اندک مشکلات روانشناختی، خود را سازگار می‌کند، و کمتر خویش را نیازمند خدمات و مداخلات حرفه‌ای درمانی می‌بیند (فلدمن^(۱)، ۱۹۸۹)، و از این رو مراجعه به مراکز درمانی را به تأخیر می‌اندازد. در زمینه چگونگی ارجاع بیماران روانی به مراکز روانپزشکی، بررسی حاضر نشان داد که بیشترین افراد

این پژوهش نیز با محدودیتهایی به شرح زیر روبرو بوده است:

۱- این شیوه گردآوری اطلاعات، در مورد کسانی که برای استفاده از خدمات روانپزشکی تا کنون مراجعه ننموده‌اند، اطلاعی به دست نمی‌دهد.

۲- با توجه به مراکز مورد بررسی و وضعیت اقتصادی - اجتماعی گروهی از آزمودنیها، ممکن است افرادی مراجعه به درمانگران سنتی و یا استفاده روشهای سنتی را متناسب با شأن و طبقه اجتماعی خویش نبینند و در خصوص استفاده از این روشها سکوت کنند.

یکی از نارساییهای عمده این پژوهش حذف تشخیص بیماری در بررسی بوده است. که امیدواریم در بررسیهای آینده مورد توجه قرار گیرد.

قدردانی

بدینوسیله از دفتر سازمان جهانی بهداشت، منطقه مدیترانه شرقی که با حمایت و کمک فنی و مالی خود انجام این پژوهش را میسر ساختند، از جناب آقای دکتر احمد محیط مشاور بهداشت روانی منطقه مدیترانه شرقی سازمان جهانی بهداشت، دکتر نورمن سارتوریوس رئیس سابق بخش بهداشت روان سازمان جهانی بهداشت (ژنو)، از جناب آقای دکتر جعفر بوالهیری مدیر محترم انستیتو روانپزشکی تهران، جناب آقای دکتر مهدی بینا مدیر گروه وقت روانپزشکی دانشگاه شهید بهشتی و از کارشناسان محترم واحد بهداشت روان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، از کارشناسان بخش پژوهش انستیتو روانپزشکی تهران و روانپزشکانی که به مطب آنها مراجعه شد و همچنین از آقای دکتر محسن نقوی که با حمایت علمی و مشاوره‌ای خود انجام این پژوهش را عملی نمودند قدردانی می‌گردد.

منابع

افشاری منفرد، ژاله؛ بوالهیری، جعفر؛ باقری یزدی، سید عباس (۱۳۷۶). طب و تزکیه، شماره ۲۶ صص ۱۵-۱۰.

ایزدی، سیروس (۱۳۶۰). شیوع و تظاهرات بالینی افسردگی در بخش داخلی، مجله دانشکده پزشکی تهران، سمپوزیوم ارتباط روانپزشکی با سایر رشته‌های پزشکی، صص ۲۹-۲۶. داویدیان، هاراطون (۱۳۵۰). میزان و علل مراجعه بیماران روانی به طبای غیر روانپزشک. مجله تازه‌های روانپزشکی، شماره ۳، صص ۳۳-۱۲۲.

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

شاه محمدی، داود (۱۳۶۹). گزارش جامع از پروژه تحقیقی ادغام بهداشت روانی در مراقبتهای بهداشتی اولیه (P.H.C) در روستاهای شهرکرد.

محیط، احمد؛ شاه محمدی، داود؛ بوالهیری، جعفر (۱۳۷۶). ارزشیابی کشوری بهداشت روانی. فصلنامه اندیشه و رفتار. سال سوم شماره ۳، صص ۱۶-۴.

Abiodun, O. A. (1995). Pathway to mental health care in Nigeria. *Psychiatric Services*, 46, 823-7.

Bannerman, R. H., Burton, J., & Wen-Chieh, C. (1988). *Traditional medicine and health care coverage*. Geneva: WHO.

Bhatia, M. S. (1992). *Essentials of psychiatry*. Delhi: CBS Publishers & Distributors.

Brian, C. (1987). *Psychiatric epidemiology*. Great Britain: Groom Helm Ltd.

Clare, V. L., & McGorry, P. (1995). Who cares? care for young people experiencing a first episode of psychosis. *Psychiatric Services*, 46, 1166-71.

Feldman, R. S. (1989). *Adjustment, applying psychology in a complex world*. Singapore: McGraw Hill Inc.

Gater, R., & Goldberg, D. (1991). Pathways to psychiatric care in south Manchester. *British Journal of*

- Psychiatry*, 159, 90-6.
- Gater, R., Sousa, E., Barrientos, G. et al. (1991). The pathways to psychiatric care: a cross-cultural study. *Psychological Medicine*, 21, 761-74.
- Gaviria, M., & Wintrob, R. M. (1976). Supernatural influence in psychopathology the course of psychiatric illness in primary care patients. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 29, 1-7.
- Hansson, L., Borgquist, L., Nettelbladt, P., & Nordstrom, G. (1994). Puertorican folk beliefs about mental illness. *Canadian Psychiatric Association Journal*, 21, 361-71.
- Hotzman, W. H., Evans, R. I., & Oscepe, I. (1987). Psychology and health. *Bulletin of the World Health Organization*, 65, 913-35.
- Katon, W., & Degerink, H. A. (1983). Somatization in primary health care. In Jhon, E. Carr & Harold A. Dengerink (Eds.). *Behavioral science in the practice of medicine*. New York: Elsevier Biomedical.
- Maclachlan, M., Nyirena, T., & Nyando, C. (1995). Attributions for admission to Zomba mental hospital: implications to the development of mental health services in Malawi. *The International Journal of Social Psychiatry*, 41, 79-89.
- Mechanic, D. (1994). Integrating mental health into a general health care system. *Hospital & Community Psychiatry*, 45, 893-7.
- Rhi, Y. B., Seob Ha, K., Kim, S. Y., Sasaki, Y., Young, D., & Tai, W. (1995). The health care seeking behavior of schizophrenic patients in 6 East Asian areas. *International Journal of Social Psychiatry*. 41, 190-209.
- WHO (1975). Mental health services in the developing countries. *WHO Chronicle*, 29, 231-5.