

## مشکلات روانپزشکی در درمانگاه‌های عمومی: شیوع و علت مراجعه

دکتر ونداد شریفی<sup>۱</sup>، دکتر سعید دلیری<sup>۲</sup>، دکتر همایون امینی<sup>۳</sup>، دکتر محمدرضا محمدی<sup>۴</sup>

### Psychiatric Problems in General Outpatient Clinics: Prevalence and Reasons for Help Seeking

Vandad Sharifi\*, Saeid Daliri<sup>a</sup>, Homayoun Amini<sup>b</sup>, Mohammadreza Mohammadi<sup>c</sup>

#### Abstract

**Objectives:** The aims of the present study are to examine the prevalence of psychiatric problems and the reasons for seeking care in urban health centers in district 17 of Tehran (capital of Iran), and to study the sensitivity and predictive value of the presence of psychiatric symptoms as chief complaint, and self-report of a psychiatric history for correct recognition of a psychiatric problem. **Method:** The present research was a cross-sectional and descriptive study. Two urban health centers located in district 17 in Tehran were randomly selected from a total of 7 health centers. Patients referring to outpatient clinics of the centers were consecutively asked to fill in General Health Questionnaire-28 and a pathways-to-care questionnaire. **Results:** In total, 126 subjects (54% female) were included. Forty-two patients (33.3%) had psychiatric problem based on GHQ. Only 11 (8.7%) had psychiatric symptoms as chief complaints (reasons for referral) and 60 (47.6%) considered themselves having a psychiatric illnesses. Of all GHQ cases, 27 (64.2%) had never consulted for a psychiatric illness. The sensitivity of self-report of psychiatric complaint or illness was less than 70% with positive predictive values of less than 55%. **Conclusion:** In line with previous research, psychiatric disorders were commonly observed in outpatient clinics in Tehran. However, most of those with a problem had not sought care. In addition, sole reliance on patients' self-report of psychiatric complaint or illness might not lead to proper recognition of patients in primary care.

**Key words:** mental disorders, chief complaint, primary care, prevalence

[Received: 4 October 2009; Accepted: 20 February 2010]

#### چکیده

**هدف:** هدف این پژوهش، بررسی شیوع مشکلات روانپزشکی و علت مراجعه مبتلایان در مراکز بهداشتی درمانی منطقه ۱۷ تهران می‌باشد. همچنین این مسأله بررسی شد که وجود شکایات مشخص روانپزشکی یا گزارش سابقه بیماری روانپزشکی توسط خود فرد تا چه حد می‌تواند پیش‌بینی‌کننده وجود مشکل روانپزشکی در مراجعان به این مراکز باشد. **روش:** این مطالعه یک بررسی مقطعی و توصیفی بود. دو مرکز بهداشتی درمانی در منطقه ۱۷ تهران به‌طور تصادفی از بین مراکز این منطقه انتخاب شدند. مراجعه‌کنندگان به درمانگاه این مراکز، به صورت پیاپی وارد شده و با پرسش‌نامه سلامت عمومی (GHQ-28) و پرسش‌نامه علت و مسیر مراجعه ارزیابی شدند. **یافته‌ها:** ۱۲۶ نفر وارد مطالعه شدند (۵۴٪ مؤنث). بر اساس GHQ، ۴۲ نفر (۳۳٪) دچار مشکل روانپزشکی بودند. علت مراجعه تنها ۱۱ نفر (۸٪)، شکایات مشخص روانپزشکی بود و ۶۰ نفر (۴۷٪) خود را بیمار روانپزشکی می‌دانستند. ۲۷ نفر (۶۴٪) از افرادی که بر اساس GHQ دچار نوعی مشکل روانپزشکی بودند، چه در گذشته و چه در نوبت اخیر مراجعه‌ای برای مشکل روانپزشکی نداشتند. حساسیت وجود شکایات روانپزشکی و گزارش سابقه بیماری روانپزشکی توسط مراجعان، برای تشخیص مشکل روانپزشکی کمتر از ۷۰٪ و قدرت پیش‌بینی مثبت آنها کمتر از ۵۵٪ بود. **نتیجه‌گیری:** مشکلات روانپزشکی در درمانگاه‌های عمومی شایع است، با این حال، اکثر مبتلایان هیچ مراجعه روانپزشکی ندارند. به علاوه، اتکای صرف به شکایات اصلی و اظهار خود فرد مبنی بر وجود مشکل روانپزشکی، روش مطمئنی برای غربال اختلالات روانپزشکی در مراکز مراقبت‌های اولیه نیست.

**کلیدواژه:** اختلالات روانپزشکی؛ علت مراجعه؛ مراقبت اولیه؛ شیوع

[دریافت مقاله: ۱۳۸۸/۷/۱۲؛ پذیرش مقاله: ۱۳۸۸/۱۲/۱]

<sup>۱</sup> روانپزشک، استادیار دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی تهران، مرکز تحقیقات روانپزشکی و روانشناسی. تهران، خیابان کارگر جنوبی، بیمارستان روزبه، دورنگار: ۰۲۱-۵۵۴۱۹۱۱۳ (نویسنده مسئول) E-mail: vsharifi@tums.ac.ir <sup>۲</sup> دانشجوی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی تهران؛ <sup>۳</sup> روانپزشک، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی تهران؛ <sup>۴</sup> فوق تخصص روانپزشکی کودک و نوجوان، استاد دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران.  
\* Corresponding author: Psychiatrist, Assistant Prof. of Tehran University of Medical Sciences, Psychiatry and Psychology Research Center, Roozbeh Hospital, South Kargar Ave. Tehran, Iran, IR. Fax: +9821- 55419113, E-mail: vsharifi@tums.ac.ir; <sup>a</sup> Medical Student, Tehran University of Medical Sciences; <sup>b</sup> Psychiatrist, Associated Prof. of Tehran University of Medical Sciences; <sup>c</sup> Full professor of child and adolescent psychiatry, Professor of Tehran University of Medical Sciences.

## مقدمه

اختلالات روانپزشکی شیوع بالایی در بین مراجعان به مراکز مراقبت‌های اولیه<sup>۱</sup> و پزشکان عمومی دارند (سرانو- بلانکو<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۰۹). از شایع‌ترین این اختلالات می‌توان به افسردگی، اختلالات اضطرابی و اختلالات شبه‌جسمی (سوماتوفرم) اشاره کرد (نورتون<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۰۷). در صورت شناسایی صحیح اختلالات، ارائه درمان مناسب در مراکز مراقبت‌های اولیه و ارجاع موارد خاص به سطوح بالاتر درمانی، می‌تواند بار بیماری‌های روانی را کاهش داد و سبب افزایش کارایی نیروی انسانی خدمات بهداشتی- درمانی، استفاده صحیح از امکانات و جلوگیری از صرف هزینه‌های اضافی در سطح جامعه شد.

با این حال، شواهد زیادی نشان می‌دهد اکثر این بیماران به درستی شناسایی و درمان نمی‌شوند (گیلبادی<sup>۴</sup>، ویتی<sup>۵</sup>، گریمشاو<sup>۶</sup> و توماس<sup>۷</sup>، ۲۰۰۳). ممکن است بسیاری با شکایت روانپزشکی مراجعه نکنند، شکایات خود را به صورت علائم جسمانی بیان کنند، یا سابقه مشکلات روانپزشکی را انکار کنند. از سوی دیگر شاید پزشکان عمومی توجه کافی به سرخ‌های حاکی از این بیماری‌ها نشان ندهند و تشخیص و درمان مناسبی نداشته باشند. از همین روست که هم‌اینک توجه زیادی به بهبود شناسایی و درمان اختلالات روانپزشکی در سطح مراقبت‌های اولیه شده است (گیلبادی و همکاران، ۲۰۰۳؛ اسکات<sup>۸</sup>، ثورن<sup>۹</sup> و هورن<sup>۱۰</sup>، ۲۰۰۲).

هر چند در کشور ما مطالعاتی برای بررسی شیوع این اختلالات در درمانگاه‌های بیمارستانی انجام (ضرغامی و همکاران، ۱۳۸۱) و اقداماتی جهت بهبود تشخیص و درمان افسردگی در مراکز بهداشتی درمانی آغاز شده (شریفی، ابوالحسنی، فرهودیان و دشتی، ۱۳۸۶؛ شریفی، ۲۰۰۹)، و با آن که یکی از اجزای اصلی طرح ادغام سلامت روان در نظام شبکه، شناسایی و ارجاع بیماری‌ها در سطح مراقبت‌های اولیه بوده است، مشخص نیست که علت مراجعه افراد مبتلا به اختلالات روانپزشکی به مراکز مراقبت‌های اولیه مانند درمانگاه‌های عمومی چیست و قبل از مراجعه چه خدماتی را دریافت کرده‌اند.

هدف اصلی از این مطالعه، بررسی شیوع مشکلات روانپزشکی و علت و مسیر مراجعه بیماران مراکز

بهداشتی درمانی منطقه ۱۷ تهران به‌عنوان نمونه‌ای از مراکز مراقبت‌های اولیه تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی تهران بود. این منطقه ویژگی‌های یک منطقه شهری پرجمعیت و پرتراکم را دارد و قبلاً به‌عنوان منطقه‌ای جهت مداخلات بهداشتی انتخاب شده و نیازسنجی‌هایی در جمعیت عمومی (شامل سلامت روان) نیز صورت گرفته بود. در ضمن می‌خواستیم به‌عنوان هدف فرعی این امر را بررسی کنیم که وجود شکایات روانپزشکی یا گزارش سابقه بیماری روانپزشکی توسط خود فرد، تا چه حد می‌تواند پیش‌بینی‌کننده وجود مشکل روانپزشکی باشد.

## روش

این مطالعه یک بررسی مقطعی و توصیفی بود. آزمودنی‌ها به صورت پیاپی از مراجعان به درمانگاه دو مرکز بهداشتی درمانی شهری (شهید احمدی و شهید شاه‌مرادی) در منطقه ۱۷ تهران انتخاب شدند. این دو مرکز، خود به صورت تصادفی از بین هفت مرکز بهداشتی درمانی منطقه ۱۷ انتخاب گردیدند. معیارهای ورود به طرح عبارت بود از: داشتن سن ۶۵-۱۵ سال، توانایی تکمیل پرسش‌نامه‌ها و رضایت به ورود در تحقیق.

اطلاعات لازم توسط پرسش‌نامه دموگرافیک، پرسش‌نامه سلامت عمومی<sup>۱۱</sup> (GHQ-28) جهت بررسی شیوع مشکلات روانپزشکی و پرسش‌نامه‌ای جهت بررسی علت و مسیر مراجعه جمع‌آوری گردید. GHQ-28 پرسش‌نامه معتبری برای غربال مشکلات روانپزشکی است (گلدبرگ<sup>۱۲</sup> و هیلیر<sup>۱۳</sup>، ۱۹۷۹) که ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی آن مطلوب گزارش شده است (حساسیت<sup>۱۴</sup> معادل ۸۴/۷٪ و ویژگی<sup>۱۵</sup> برابر ۹۳/۸٪ برای نقطه برش ۶) (نوربالا و همکاران، ۲۰۰۴). پرسش‌نامه علت و مسیر مراجعه، شامل سؤالاتی در مورد علت مراجعه اخیر و نسبت آن با مشکلات روانپزشکی از دیدگاه

- |                                  |                   |
|----------------------------------|-------------------|
| 1- primary care                  | 2- Serrano Blanco |
| 3- Norton                        | 4- Gilbody        |
| 5- Whitty                        | 6- Grimshaw       |
| 7- Thomas                        | 8- Scott          |
| 9- Thorne                        | 10- Horn          |
| 11- General Health Questionnaire |                   |
| 12- Goldberg                     | 13- Hillier       |
| 14- sensitivity                  | 15- specificity   |

قضاوت کرد؛ که شامل شکایت‌هایی مانند سردرد، تپش قلب و سرگیجه بود.

۶۰ نفر (۴۷/۶٪) بر این باور بودند که نوعی بیماری روانپزشکی دارند و ۳۴ نفر (۲۷٪) بر اساس گزارش خود، سابقه مراجعه جهت مشکلات روانپزشکی داشتند. شایع‌ترین این مشکلات از نظر خود بیماران، اضطراب ۲۵٪، افسردگی ۱۴٪ و بی‌خوابی ۴٪ بود. ۲۴ نفر (۷۲/۷٪) از افرادی که جهت بیماری روانپزشکی مراجعه داشتند، برای اولین بار به پزشک عمومی مراجعه داشته‌اند، شش نفر (۱۸/۲٪) به روانپزشک، دو نفر (۶/۱٪) به روانشناس یا مشاور، و یک نفر (۳٪) به درمانگر سنتی (مانند دعانویس، فالگیر و عطار) مراجعه داشتند. شیوع مشکلات روانپزشکی<sup>۴</sup> (اختلالات روانپزشکی احتمالی<sup>۵</sup>) بر اساس پرسش‌نامه GHQ با نقطه برش شش بررسی شد که در نتیجه آن ۴۲ نفر (۳۳/۳٪) دچار نوعی مشکل روانپزشکی بودند. از این بین ۲۷ نفر (۶۴/۲٪) چه در گذشته و چه در نوبت اخیر، مراجعه‌ای برای مشکل روانپزشکی نداشته‌اند. ۳۶ نفر (۳۱/۳٪) از افرادی که شکایت مشخص روانپزشکی نداشتند و ۱۶ نفر (۲۴/۲٪) از افرادی که خود را بیمار روانپزشکی نمی‌دانستند، بر اساس GHQ دچار مشکل روانپزشکی بودند.

اگر وجود مشکل روانپزشکی بر اساس GHQ را معیار بدانیم، برای هر یک از گزارش‌های بیمار شاخص‌های قدرت پیش‌بینی مثبت، قدرت پیش‌بینی منفی، حساسیت و ویژگی محاسبه شد که عبارت بودند از شکایت اصلی روانپزشکی، گزارش وجود اختلال روانپزشکی توسط فرد و سابقه مراجعه جهت مشکل روانپزشکی. چنان‌که در جدول ۱ مشاهده می‌شود قدرت پیش‌بینی مثبت برای هیچ‌یک از این گزارش‌ها بیش از ۵۵٪ نبوده و حساسیت تمام آنها زیر ۷۰٪ بوده است. زمانی که وجود هر یک از گزارش‌های فوق را به عنوان یک شاخص ترکیبی در نظر بگیریم، شاخص‌های فوق از گزارش بیماری توسط خود فرد، چندان بهتر نمی‌شود (جدول ۱).

خود بیمار، و مراجعات قبلی به دلایل اختلالات روانپزشکی (به روانپزشک، روانشناس، پزشک عمومی، درمانگر سنتی و سایر) است. روایی محتوای این پرسش‌نامه توسط چند عضو هیأت علمی روانپزشکی بررسی و بر روی چند مراجع آزمون گردید و اصلاحات لازم انجام شد. این اطلاعات، توسط مراجعان و با کمک یک دانشجوی پزشکی آموزش دیده جمع‌آوری شد.

در صورتی که وجود مشکل روانپزشکی بر اساس GHQ را معیار بدانیم، شاخص‌های قدرت پیش‌بینی مثبت<sup>۱</sup> (PPV)، قدرت پیش‌بینی منفی<sup>۲</sup> (NPV)، حساسیت و ویژگی برای هر یک از گزارش‌های زیر محاسبه شد: شکایت اصلی روانپزشکی، گزارش وجود اختلال روانپزشکی توسط فرد و سابقه مراجعه جهت مشکل روانپزشکی. اطلاعات وارد نسخه SPSS<sup>۳</sup> شد و تحلیل انجام گرفت.

## یافته‌ها

در مجموع ۱۲۶ بیمار (۷۴ بیمار از درمانگاه شهید احمدی و ۵۲ بیمار از درمانگاه شهید شاهرادی) وارد طرح شدند. ۲۰ نفر نیز به ورود به مطالعه رضایت ندادند (میزان پاسخ: ۸۵/۴٪). میانگین سنی ۳۴/۵ سال (انحراف معیار = ۱۲/۱) بود. ۵۸ نفر (۴۶٪) مرد و ۹۰ نفر (۷۱/۴٪) متأهل بودند. تحصیلات ۴۵ نفر (۳۵/۷٪) دیپلم یا بالاتر بود. ۵۲ نفر (۴۱/۳٪) خانه‌دار، ۲۲ نفر (۱۷/۵٪) بی‌کار و باقی، شاغل بودند. ۸۹/۷ درصد مراجعین در همان منطقه (۱۷) سکونت داشتند.

شایع‌ترین علت مراجعه (شکایت اصلی) برای کل بیماران، سرماخوردگی بود (۱۵ نفر، ۱۱/۹٪). کل شکایت‌های اصلی به سه دسته کلی شکایت‌های مشخص روانپزشکی، غیرروانپزشکی و نامشخص تقسیم شدند. شکایاتی مانند استرس، دلشوره، اضطراب، بی‌خوابی، توهم، افسردگی، بی‌قراری و احساس ناراحتی جزء شکایت‌های روانپزشکی دسته‌بندی شدند، که در نتیجه، شکایت اصلی ۱۱ نفر (۸/۷٪) از بیماران روانپزشکی بود. شکایت‌های ۹۸ نفر (۷۷/۸٪) غیر روانپزشکی بود (مانند سرماخوردگی، گلودرد، ریزش مو، مراجعه جهت ارزیابی آزمایشگاهی، مراقبت‌های بارداری) و در مورد شکایت‌های ۱۷ نفر (۱۳/۵٪) نمی‌شد با اطمینان

1- positive predictive value

2- negative predictive value

3- Statistical Package for Social Sciences

4- psychiatric problems

5- probable psychiatric disorders

جدول ۱- حساسیت، ویژگی، قدرت پیش بینی مثبت و قدرت پیش بینی منفی گزارش بیماران درباره وجود اختلالات روانپزشکی در مراکز بهداشتی درمانی منطقه ۱۷ تهران

| اختلال روانپزشکی<br>مبتنی بر GHQ | قدرت پیش بینی مثبت (PPV) |      | قدرت پیش بینی منفی (NPV) |      | حساسیت | ویژگی |
|----------------------------------|--------------------------|------|--------------------------|------|--------|-------|
|                                  | ندارد                    | دارد | ندارد                    | دارد |        |       |
| شکایت روانپزشکی                  | ۵                        | ۶    | ۶۸/۹                     | ۱۴/۲ | ٪۹۴    |       |
|                                  | ۷۹                       | ۳۶   |                          |      |        |       |
| گزارش اختلال روانپزشکی توسط فرد  | ۳۴                       | ۲۶   | ۷۵/۷                     | ۶۱/۹ | ٪۵۹/۵  |       |
|                                  | ۵۰                       | ۱۶   |                          |      |        |       |
| سابقه مراجعه جهت مشکل روانپزشکی  | ۲۲                       | ۱۲   | ۶۷/۴                     | ۲۸/۶ | ٪۷۳/۸  |       |
|                                  | ۶۲                       | ۳۰   |                          |      |        |       |
| هرگونه شکایت یا سابقه روانپزشکی  | ۳۵                       | ۲۹   | ۷۹                       | ۶۹   | ٪۵۸/۳  |       |
|                                  | ۴۹                       | ۱۳   |                          |      |        |       |

### بحث

درمانگران سنتی در کشور ما برخلاف بسیاری از کشورهای درحال توسعه دیگر چندان زیاد نیست (شاه محمدی، بیان زاده و احسان منش، ۱۳۷۷؛ کرمانی رنجبر، شریفی و امینی، ۱۳۸۷). همین مسأله در کنار شیوع قابل توجه اختلالات روانپزشکی در سطح مراقبت های اولیه، ضرورت به کار بستن اقداماتی جهت بهبود، شناسایی و درمان اختلالات روانپزشکی در این مراکز و ارجاع موارد شدید و مشکل به سطوح تخصصی را ضروری می سازد. این راهبرد از طریق راه اندازی مراکز سلامت روان جامعه نگر در سطح دانشگاه علوم پزشکی تهران به کار بسته شده، طراحی ساختار و خدمات آن انجام و اجرای فاز مقدماتی آن آغاز شده است (شریفی و همکاران، ۱۳۸۶).

اکثر افرادی که بر اساس GHQ دچار اختلال روانپزشکی بودند، هیچ گاه مراجعه ای نداشته اند که ممکن است بدان علت باشد که یا بیماری چندان شدید نبوده یا هیچ گاه باور واقعی فرد بر اختلال روانپزشکی نبوده یا مراجعاتی با شکایات جسمانی داشته اند. به علاوه این نکته را نباید از یاد برد که ترس از انگ اجتماعی بیماری روانپزشکی مانع مهم مراجعه و درمان است و عدم آگاه سازی مناسب در سطح جامعه نیز به آن دامن می زند.

حدود یک چهارم افرادی که اختلال روانپزشکی مبتنی بر اظهار خود فرد نداشتند، دچار نوعی اختلال روانپزشکی

بر اساس این مطالعه یک سوم از مراجعان به مراکز بهداشتی درمانی منطقه ۱۷ تهران دچار نوعی مشکل روانپزشکی بر اساس GHQ بودند. هر چند GHQ ابزار تشخیصی برای اختلالات روانپزشکی محسوب نمی شود، ابزاری غربالگری با حساسیت و ویژگی مطلوب است که اتکا به یافته های آن را برای ارزیابی شیوع اختلالات روانپزشکی معتبر ساخته است (نوربالا و همکاران، ۲۰۰۴). شیوع به دست آمده در این نمونه، مشابه بسیاری از مطالعات دیگر در درمانگاه های عمومی در ایران (ضرغامی و همکاران، ۱۳۸۳) و کشورهای دیگر (سرانو- بلانکو و همکاران، ۲۰۰۹؛ نورتون و همکاران، ۲۰۰۷) است. در عین حال این رقم، بالاتر از شیوع به دست آمده در جمعیت عمومی، در مطالعه ای کشوری با GHQ (۲۱٪) (نوربالا و همکاران، ۲۰۰۴) و مطالعه ای دیگر در همین منطقه با SCL-90 (۲۷/۶٪) (فقیه نصیری و همکاران، ۱۳۸۵) بود که یافته ای قابل انتظار است.

بر اساس این مطالعه، اکثر افرادی که جهت بیماری روانپزشکی مراجعه داشتند، برای اولین بار به پزشک عمومی مراجعه داشته اند که می تواند ناشی از دسترسی بیشتر به مراکز بهداشتی درمانی و پزشکان عمومی یا عدم توانایی مالی جهت مراجعه به پزشک متخصص باشد. بررسی های دیگر در کشورهای اروپایی و آسیایی نیز یافته مشابهی داشته است (استین<sup>۲</sup>، کیسلی<sup>۳</sup>، میلر<sup>۴</sup>، تایت<sup>۵</sup> و باستویک<sup>۶</sup>، ۲۰۰۳). در ضمن، مراجعه به درمانگران سنتی (مانند دعانویس، فالگیر و عطار) زیاد نبوده است. به نظر می رسد دریافت خدمات از

1- Symptom Checklist-90  
3- Kisely  
5- Tait

2- Stain  
4- Miller  
6- Bostwick

بودند. شاید در این عده، علایم چندان شدید و مخمل عملکرد نبوده است. البته بسیاری از افراد، علایمی هم چون اضطراب و بی‌خوابی را نشانه‌ی نوعی اختلال روانپزشکی نمی‌دانند. از سوی دیگر، به دلیل انگ اجتماعی این بیماری‌ها، افراد به رغم وجود بیماری، آن را انکار می‌کنند.

یک مسئله مهم برای بهبود شناسایی اختلالات روانپزشکی در مراکز درمانی عمومی و مراقبت‌های اولیه، به‌کار بستن روش‌هایی برای غربالگری مناسب این اختلالات است. متأسفانه ابزارهای غربالگری که حساسیت و ویژگی مطلوبی دارند (مانند پرسش‌نامه افسردگی بک) وقت‌گیر و اجرای آن به عنوان روش غربالگری دشوار است. حتی ابزارهای بسیار کوتاه غربالگری (مانند پرسش‌نامه‌های یک تا سه سؤالی) هم، حساسیت و قدرت پیش‌بینی مثبت زیادی ندارند؛ برای مثال، در یک متاآنالیز، حساسیت ابزارهای یک سؤالی ۳۲٪ و قدرت پیش‌بینی مثبت آن ۵۵/۶٪ بوده و این شاخص‌ها برای ابزارهای دو یا سه سؤالی به ترتیب ۷۴٪ و ۳۸/۳٪ بوده است (میچل<sup>۱</sup> و کوین<sup>۲</sup>، ۲۰۰۷) که تا حدی شبیه شاخص ترکیبی در این مطالعه با حساسیت ۶۹٪ و قدرت پیش‌بینی مثبت ۴۵/۳٪ است. بنابراین، هر چند وجود شکایت یا سابقه روانپزشکی می‌تواند هفت نفر از ۱۰ نفر را شناسایی کند، بیش از نیمی از افراد شناسایی شده در بررسی تکمیلی دچار مشکل روانپزشکی نخواهند بود. از این رو، اتکای صرف به شکایت اصلی و اظهار خود فرد مبنی بر وجود مشکل روانپزشکی، نمی‌تواند روش مطمئنی برای غربال اختلالات روانپزشکی در مراکز مراقبت‌های اولیه باشد و جهت بهبود تشخیص اختلالات روانپزشکی در این مراکز باید علاوه بر گزارش‌های فوق، از شاخص‌های دیگری با قدرت پیش‌بینی بهتر استفاده کرد.

این مطالعه محدودیت‌هایی داشته است. از جمله این که، نمونه کوچک بوده و معرف مراجعه‌کنندگان به مراکز مراقبت‌های اولیه شهری نیست. ابزار اندازه‌گیری اختلالات روانپزشکی یک ابزار تشخیصی نبود، هر چند خصوصیات روان‌سنجی مطلوبی دارد. در این مطالعه عملکرد واقعی پزشکان را در شناسایی بیماران نسنجیدیم که البته جزو اهداف این مطالعه نیز نبود. با این حال، دانستن این اطلاعات و مقایسه میزان تشخیص پزشکان عمومی در قیاس با ابزارهای استاندارد تشخیصی روانپزشکی می‌تواند نگاه دقیق‌تری به وضعیت شناسایی بیماری‌های روانپزشکی در سطح مراقبت‌های اولیه باشد.

این پژوهش نشان‌گر شیوع قابل توجه مشکلات روانپزشکی در درمانگاه‌های عمومی و عدم مراجعه بخش قابل توجهی از بیماران بود. هم‌چنین، اتکا بر شکایت اصلی و اظهار خود فرد به‌تنهایی نمی‌تواند ملاک مطمئنی برای غربال اختلالات روانپزشکی در مراکز مراقبت‌های اولیه باشد و جهت بهبود تشخیص اختلالات روانپزشکی در این مراکز باید از مجموعه‌ای از شاخص‌ها استفاده کرد و مدلی برای ارائه خدمات پزشکان عمومی با نظارت و مشارکت روانپزشکان (مدل مراقبت مشارکتی<sup>۳</sup>) به کار گرفت.

### سپاسگزاری

این مقاله برگرفته از نتایج پایان‌نامه نویسنده دوم و طراحی است که با حمایت مالی معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام گرفته است. [بنا به اظهار نویسنده مسئول مقاله، تعارض منافع وجود نداشته است.]

### منابع

- ضرغامی، مهران؛ ناطقی، غلامرضا؛ خلیلیان، علیرضا؛ تیرگری، عبدالحکیم؛ سلیمی، حمیدرضا (۱۳۸۱). بررسی اختلالات روانپزشکی در مراجعین به درمانگاه‌های عمومی بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی مازندران در سال ۱۳۷۶. *مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مازندران*، سال دوازدهم، شماره ۴۰-۳۶، ۳۳-۴۰.
- شاه محمدی، داود؛ بیان زاده، سید اکبر؛ احسان منش، مجتبی (۱۳۷۷). بررسی مسیر مراجعه بیماران روانی به مراکز روانپزشکی کشور. *فصلنامه اندیشه و رفتار*، سال سوم، شماره ۳، ۱۴-۴.
- شریفی، ونادا؛ ابوالحسنی، فرید؛ فرهودیان، علی؛ دشتی، بهوش (۱۳۸۶). *طراحی ساختار و خدمات سلامت روان جامعه‌نگر برای مناطق شهری*. گزارش نهایی. دانشگاه علوم پزشکی تهران.
- فقیه نصیری، لیدا؛ شریفی، ونادا؛ صادقیان مهر، زهرا؛ میر کیا، شعله؛ حتمی، زینت نادیا؛ داربوی، شادان؛ عفت پناه، محمد؛ میر شریفی، سید مهدی (۱۳۸۵). بررسی میزان شیوع عوامل استرس‌زا و علائم روانپزشکی در جمعیت تحت پوشش مرکز بهداشتی درمانی ابوذر (پایگاه تحقیقات جمعیتی دانشگاه علوم پزشکی تهران). *تازه‌های علوم ساختی*، سال هشتم، شماره ۱، ۴۷-۵۳.
- کرمانی رنجبر، طاهره؛ شریفی، ونادا؛ امینی، همایون (۱۳۸۶). تأخیر در درمان و مسیر مراجعه بیماران دچار سایکوز بار اول. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، سال سیزدهم، شماره ۴، ۳۴۹-۳۴۳.
- Goldberg, D. & Hillier, V. F. (1979). A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine*, 9, 131-145.

1- Mitchell

2- Coyne

3- collaborative care model

- Gilbody, S. M., Whitty, P. M., Grimshaw, J. M., & Thomas, R. E. (2003). Improving the detection and management of depression in primary care. *Quality Safety of Health Care, 12*, 149-155.
- Mitchell, A. J., & Coyne, J. C. (2007). Do ultra-short screening instruments accurately detect depression in primary care? A pooled analysis and meta-analysis of 22 studies. *British Journal of General Practice, 57*, 144-151.
- Noorbala, A. A., Bagheri Yazdi, S. A., Yasamy, M. T., & Mohammad, K. (2004). Mental health survey of the adult population in Iran. *British Journal of Psychiatry, 184*, 70-73.
- Norton, J., De Roquefeuil, G., Boulenger, J. P., Ritchie, K., Mann, A., & Tylee, A. (2007). Use of the PRIME-MD Patient Health Questionnaire for estimating the prevalence of psychiatric disorders in French primary care: comparison with family practitioner estimates and relationship to psychotropic medication use. *General Hospital Psychiatry, 29*, 285-293.
- Scott, J., Thorne, A., & Horn, P. (2002). Quality improvement report: Effect of a multifaceted approach to detecting and managing depression in primary care. *BMJ, 325*, 951-954.
- Serrano-Blanco, A., Palao, D. J., Luciano, J. V., Pinto-Meza, A., Lujan, L., Fernandez, A., Roura, P., Bertsch, J., Mercader, M., & Haro, J. M. (2009). Prevalence of mental disorders in primary care: Results from the diagnosis and treatment of mental disorders in primary care study (DASMAP). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 45*, 201-210.
- Stain, H. J., Kisely, S., Miller, K., Tait, A., Bostwick, R. (2003). Pathways to care for psychological problems in primary care. *Australian Family Physician, 32*, 955-956.
- Sharifi, V. (2009). Urban mental health in Iran: challenges and future directions. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences, 3*, 91-114.