



بررسی شیوع اختلالات روانی در مطب خصوصی پزشکان (شهرکرد - ۱۳۷۶)

دکتر سید بهاء الدین وکیل زاده*، حسن پالاهنگ**

چکیده

هدف پژوهش حاضر که از نوع پژوهش‌های مقطعی - توصیفی است تعیین میزان شیوع اختلالات روانی در مطب خصوصی پزشکان (پزشک عمومی، پزشک داخلی، پزشک مغز و اعصاب و روانپزشک) بود. نخست مطب خصوصی چهار پزشک برای انجام پژوهش انتخاب گردید و پس از برآورد حجم نمونه مورد نیاز، ۴۰۰ نفر (۱۶۳ مرد، ۲۳۷ زن) از بین مراجعین بطور تصادفی انتخاب شده و از پرسشنامه SRQ-۲۰ برای تعیین میزان شیوع اختلالات روانی استفاده گردید. نتایج بررسی نشان داد که میزان کلی شیوع اختلالات روانی در مراجعه کنندگان ۵۱٪ (۴۹/۱٪ مردان، ۵۲/۳٪ زنان) است. میزان شیوع اختلالات روانی در نمونه مورد بررسی در مطب‌های مختلف به ترتیب زیر است: روانپزشک ۸۰٪، داخلی ۴۸٪، عمومی ۴۳٪، و مغز و اعصاب ۳۳٪. نتایج پژوهش نشان داد که بدون محاسبه نتایج مربوط به مطب روانپزشک، میزان شیوع در مطب پزشکان غیر روانپزشک ۴۱/۳٪ است. همچنین بررسی نمره‌های افراد مورد بررسی نشان داد که نمره‌های مراجعین به روانپزشک در پرسشنامه SRQ-۲۰ به مراتب بالاتر از نمره مراجعین به پزشکان غیر روانپزشک است. این پژوهش ضرورت بازنگری در آموزش پزشکان عمومی و ایجاد ارتباط متقابل میان گروه‌های گوناگون پزشکی را مورد تأیید قرار می‌دهد.

Andeshch
Va
Raftar
اندیشه و رفتار
۴

کلیدواژه: اختلالات روانی، شیوع، مطب خصوصی، پرسشنامه SRQ-۲۰

بررسیها نشان داده‌اند، بسیاری از بیمارانی که از
پزشکان غیر روانپزشک مراجعه می‌کنند (داویدیان،
۱۳۵۰)، و شمار زیادی از آنها تشخیص درست داده
ناراحتیهای روانی رنج می‌برند به پزشکان عمومی و سایر

* روانپزشک، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی استان چهارمحال بختیاری، شهرکرد، بیمارستان ایت ا... کاشانی، بخش روانپزشکی.
** کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، شهرکرد، چهار راه مولوی، مرکز بهداشت استان.

نمی‌شوند (هو^(۱)، ۱۹۹۶).

وزلی^(۲) (۱۹۹۶) به بررسی گرایشهای رایج در درمان بیماران روانی پرداخته و بر این باور است که مراکز روانپزشکی به تدریج به سوی مراقبت از بیماران روانی شدید گرایش پیدا کرده و همین امر موجب گسترش فزاینده مراکز مشاوره غیر مستقیم برای بیماران روانی گردیده است. وی می‌افزاید که شواهدی مبنی بر تأثیر مثبت خدمات مشاوره‌ای غیر مستقیم وجود ندارد و با مروری بر بررسیهای اخیر تأکید می‌کند که درمانهای ارائه شده توسط روانشناسان بالینی و روانپرستاران دستاوردهای درمانی مؤثرتری داشته است. وی باور دارد که کنار کشیدن گروههای روانپزشکی از برنامه مراقبتهای بهداشتی و پزشکی عمومی انزوای بیشتر آنان را در پی خواهد شد.

در حال حاضر بیشترین نگرانی، درمان نامناسب بیماران روانی توسط غیر روانپزشکان می‌باشد. لوید^(۳) و همکاران (۱۹۹۶) پیامدهای درمان دراز مدت بیماران روان نژند^(۴) توسط پزشکان عمومی را مورد بررسی قرار دادند. آنان طی ۱۱ سال ۸۷ بیمار را در مطب پزشکان عمومی ردیابی کردند. نتایج نشان داد که ۳۲ نفر از آنها مزمن شده و ۴۹ نفر نیز عودهای پی در پی داشتند و تنها روش درمانی برای این بیماران، درمان دارویی بوده است. این بررسی نشان داد که در اختلالات روان نژندی احتمال مزمن شدن وجود دارد و نیازمند مداخلات مؤثرتر می‌باشند.

از سوی دیگر تورکسون^(۵) (۱۹۹۶) ۴۵۴ نفر از نوجوانانی را که به یک درمانگاه سرپایی روانپزشکی در کشور غنا فرستاده شده بودند مورد بررسی قرار داد. نتایج نشان داد که تنها ۳/۵۹٪ مراجعین از اختلالات روانی رنج می‌برده‌اند و ۷/۴۰٪ آنها دچار بیماریهای جسمی و بی‌ارتباط با اختلالات روانی بودند. این پژوهش نشان دهنده ضرورت همکاری پیگیر میان مراکز روانپزشکی و پزشکی داخلی بوده است. آشنایی با نگرش پزشکان عمومی در باره خدمات بهداشت روانی نیز در بهینه نمودن

ارتباط میان مراکز روانپزشکی و پزشکی عمومی امری حیاتی است. فالون^(۶) و همکاران (۱۹۹۶) نگرش پزشکان عمومی درباره خدمات بهداشت روانی را در اوکلند مورد بررسی قرار دادند. نتایج نشان داد که ۹۴٪ پزشکان از همکاری با مراکز بهداشت روانی حمایت می‌کنند. ۵۷٪ باور داشته‌اند که نقش مهمی در رسیدگی به بیماران بعهده دارند. ۷۹٪ بر این باور بوده‌اند که وقت کافی برای رسیدگی به بیماران روانی ندارند و ۶۴٪ ابراز نموده‌اند که هماهنگی دلخواه میان مراکز بهداشت روانی و پزشکی عمومی وجود ندارد. کرویچ^(۷) و همکاران (۱۹۹۷) یکی از علل مهم مشکلات موجود را آموزش بسیار ضعیف روانپزشکی برای پزشکان عمومی در دوره دانشجویی می‌دانند. پژوهشگران یاد شده در پژوهشی از پزشکان عمومی درخواست نمودند در مورد عناوین روانپزشکی مورد نیاز در پزشکی عمومی اظهار نظر کنند. عناوین مورد نظر پزشکان عمومی به ترتیب عبارت بودند از: فوریتهای روانپزشکی، اختلال جسمانی کردن^(۸)، مهارتهای مشاوره، مشکلات روانی - جنسی و کنترل استرس.

فونگ ساوان^(۹) و همکاران (۱۹۹۵) در پژوهش مشابهی اولویتهای آموزشی را به ترتیب اهمیت، مهارتهای تشخیصی و مشاوره‌ای، مداخله در بحران، مشاوره زناشویی و فردی و ارائه راهبردهایی برای پیشگیری از هدر رفتن انرژی پزشکان دانستند. متأسفانه در آموزشهای روانپزشکی برای دانشجویان پزشکی به عناوین یاد شده کمتر توجه می‌شود.

درمان بیماران روانی مزمن نیز از مشکلات کنونی مراکز روانپزشکی است. پرسش این است که آیا مراکز روانپزشکی با امکانات موجود توانایی رسیدگی به بیماران روانی مزمن را دارند؟

| | |
|--------------|-------------------------|
| 1-Howe | 2-Wessely |
| 3-Lloyd | 4-neurotic |
| 5-Turkson | 6-Faloon |
| 7-Kerwick | 8-Somatization disorder |
| 9-Phongsavan | |

کندریک^(۱) و همکاران (۱۹۹۴) خدمات ارائه شده به بیماران روانی مزمن را مورد بررسی قرار دادند و از پزشکان عمومی خواستند شمار بیماران روانی مزمن تحت درمان خود را اعلام کنند. نام این بیماران با افراد زیر پوشش در مراکز روانپزشکی مقایسه شد. تنها ۱۰ درصد از بیماران یاد شده در مراکز روانپزشکی پرونده داشتند و بیمارانی که با مراکز روانپزشکی در تماس بودند، دوره بیماری کوتاهتری داشتند. این بررسی نشان داد که مراجعین به مراکز روانپزشکی نماینده همه بیماران روانی مزمن موجود در جامعه نیستند. یافته‌های این پژوهش توسط نازارت^(۲) و همکاران (۱۹۹۵) درباره بیماران گرفتار بیماری اسکیزوفرنیا مورد تأیید قرار گرفت. این بررسی همچنین نشان داد که پزشکان خانواده در مراقبت از بیماران اسکیزوفرنیک و خانواده آنها نقش انکارناپذیری ایفاء می‌کنند و برآند ارتباط خود را با سطوح تخصصی روانپزشکی افزایش دهند.

از موارد مهم دیگری که همکاری بین مراکز روانپزشکی و پزشک عمومی را ضروری می‌سازد وجود نشانه‌های بدنی در بیماران روانی است که مشکلات تشخیصی برای پزشکان غیر روانپزشک ایجاد کرده و هزینه در خور توجهی به نظام بهداشتی کشور تحمیل می‌کند.

ویج^(۳) و همکاران (۱۹۹۵) میزان شیوع اختلال جسمانی کردن را در مطب پزشکان عمومی مورد بررسی قرار دادند. ۲۰٪ از بیماران جدید و ۳٪ از مراجعین دارای پرونده^(۴)، به اختلال جسمانی کردن مبتلا بودند و یک ششم از آنها هیچگونه نشانه روانی و رفتاری نداشتند.

نسایمی^(۵) و همکاران (۱۹۹۷) ارتباط بین درد در نواحی شانه و گردن و عوامل روانی - اجتماعی را بررسی نمودند. نتایج نشان داد که در هر دو جنس نمره‌های استرس و نشانه‌های افسردگی در گروه مبتلا به دردهای بدنی بیشتر است. این بررسی توجه پزشکان عمومی به نشانه‌های بدنی شایع در بیماران روانی را مورد تأیید قرار داده است.

نقش مهم پزشکان غیر روانپزشک در پیشگیری از خودکشی نیز مورد تأکید قرار گرفته است. سکوایرز^(۶) و گورمن^(۷) (۱۹۹۶) میزان شیوع خودکشی در افراد جوان را در ادینبورگ مورد بررسی قرار دادند. ۲۶٪ از افرادی که خودکشی کرده و فوت نموده بودند دست کم هفته‌ای یک بار و ۳۳٪ ماهی یک بار به پزشک عمومی مراجعه نموده بودند. پژوهشگران بر این باورند که ارزیابی خطر خودکشی بایستی به عنوان بخشی از آموزشهای بهداشت روانی برای همه کارکنان بهداشتی و به ویژه پزشکان عمومی در اولویت قرار گیرد.

بیشتر بررسیها ارتباط پیوسته و دو سویه بین مراکز روانپزشکی و پزشکی عمومی را مورد توجه قرار داده و بر نقش نظارتی مراکز روانپزشکی در ارائه خدمات تأکید نموده‌اند.

هدف کلی این پژوهش بررسی میزان شیوع اختلالهای روانی در مطب پزشکان (پزشک عمومی، داخلی، مغز و اعصاب و روانپزشک) شهرکرد بود. افزون بر این، پژوهش حاضر دارای دو هدف اختصاصی بوده است که عبارتند از:

- ۱- بررسی نمره‌های افراد مورد بررسی بر پایه آزمون SRQ-۲۰^(۸) و منبع ارجاع.

- ۲- بررسی نشانه‌های شایع در بیماران روانی بر حسب محل مراجعه.

روش

این پژوهش از نوع پژوهشهای زمینه‌یابی^(۹) است. جامعه آماری مورد بررسی را مراجعین ۱۵ ساله و بالاتر به مطب پزشکان (پزشک عمومی، داخلی، مغز و اعصاب و روانپزشک) تشکیل می‌دهند. نخست بر پایه پژوهشهای پیشین که میزان شیوع اختلالهای روانی را در پزشکی

1-Kendrick
3-Weich
5-Niemi
7-Gorman
9-survey

2-Nezareth
4-Consecutive
6-Squires
8-Self Report Questionnaire

جدول ۱- ویژگیهای جمعیت شناختی افراد مورد بررسی بر حسب محل مراجعه

| ویژگیهای جمعیت شناختی | محل مراجعه | | پزشک عمومی | | پزشک داخلی | | پزشک مغز و اعصاب | | روانپزشک | | کل |
|-----------------------|---------------|------|------------|------|------------|------|------------------|------|----------|------|------|
| | فرآیندی | درصد | فرآیندی | درصد | فرآیندی | درصد | فرآیندی | درصد | فرآیندی | درصد | |
| جنس | مرد | ۲۶ | ۶/۵ | ۲۶ | ۱۱/۵ | ۲۶ | ۱۱/۵ | ۲۵ | ۱۱/۲ | ۱۶۳ | ۲۰/۸ |
| | زن | ۷۲ | ۱۸/۵ | ۵۳ | ۱۳/۵ | ۵۳ | ۱۳/۵ | ۵۵ | ۱۳/۸ | ۳۳۷ | ۵۹/۲ |
| سن | ۱۵-۲۲ | ۷۹ | ۱۹/۸ | ۷۶ | ۱۹ | ۱۹ | ۱۹ | ۸۶ | ۲۱/۵ | ۳۱۷ | ۷۹/۳ |
| | ۲۵ساله بالاتر | ۲۱ | ۵/۲ | ۲۳ | ۶ | ۲۳ | ۶ | ۱۳ | ۳/۵ | ۸۳ | ۲۰/۷ |
| سواد | بی سواد | ۳۳ | ۱۰/۸ | ۳۰ | ۱۰ | ۳۱ | ۷/۸ | ۶۱ | ۱۵/۳ | ۱۶۵ | ۲۱/۳ |
| | با سواد | ۵۷ | ۱۲/۲ | ۶۰ | ۱۵ | ۶۹ | ۱۷/۲ | ۳۹ | ۹/۸ | ۳۳۵ | ۵۸/۷ |
| تأهل | مجرد | ۳۱ | ۱۰/۳ | ۳۸ | ۹/۵ | ۳۶ | ۱۱/۵ | ۳۹ | ۹/۸ | ۱۶۲ | ۲۱ |
| | متاهل | ۵۹ | ۱۳/۷ | ۶۲ | ۱۵/۵ | ۵۳ | ۱۳/۵ | ۶۱ | ۱۵/۲ | ۳۳۶ | ۵۹ |

عمومی ۲۰٪ گزارش نموده بودند (سارتریوس^(۱)، ۱۳۷۲)، حجم نمونه برآورد گردید (لوانگا و لمشا، ۱۳۷۱). با این روش ۴۰۰ نفر از مراجعین به پزشکان مورد نظر (از هر مطب ۱۰۰ نفر) بطور تصادفی انتخاب شده و پرسشنامه SRQ-۲۰ توسط چهار نفر از دانشجویان رشته بهداشت خانواده که آموزشهای لازم را دیده بودند تکمیل گردید. ویژگیهای جمعیت شناختی نمونه مورد بررسی در جدول ۱ ارائه شده است.

ابزار پژوهش به شرح زیر بوده است: پرسشنامه SRQ-۲۰ که توسط سازمان جهانی بهداشت، برگرفته شده از چهار ابزار سرند ساخته شده و در یک بررسی هماهنگ در چند کشور رو به رشد بکار رفته است (هاردینگ^(۲) و همکاران، ۱۹۸۰).

پنایو^(۳) و همکاران (۱۹۹۰) در یک بررسی پرسشنامه SRQ-۲۰ را در کشور نیکاراگوئه بر روی بیماران مراکز مراقبتهای بهداشتی اولیه اعتباریابی نمودند. حساسیت^(۴) و ویژگی^(۵) پرسشنامه با نقطه برش ۸ به ترتیب ۸۱٪ و ۵۸٪ بود.

پالانگ و همکاران (۱۳۷۵) پرسشنامه SRQ-۲۰ را در شهرکرد بر روی جمعیت عمومی و با استفاده از چک لیست مصاحبه بالینی بر اساس ملاکهای تشخیصی DSM-IV اعتباریابی نمودند. حساسیت، ویژگی و میزان کلی اشتباه طبقه بندی^(۶) با نقطه برش ۷ به ترتیب ۸۲٪، ۸۱٪ و ۱۸٪ و با نقطه برش ۸ به ترتیب ۷۶٪، ۸۳٪ و ۲۰٪ بود. با توجه به اینکه این بررسی یک بررسی یک مرحله‌ای^(۷) بود، برای کاهش خطای پرسشنامه در سرند موارد مثبت کاذب^(۸)، نقطه برش ۸ برای پژوهش برگزیده شد.

یافته‌ها

یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهند که ۵۱٪ از مراجعین به پزشکان (عمومی، مغز و اعصاب، داخلی و روانپزشک) به اختلال روانی مبتلا هستند. بالاترین میزان

شیوع داشته است. جدول ۲ میزان شیوع اختلالات روانی به تفکیک جنس و محل مراجعه را بر پایه پرسشنامه SRQ-۲۰ نشان می‌دهد.

نمره‌های افراد مورد بررسی نشان می‌دهد که بیشترین فراوانی مربوط به طبقه نمره‌های ۷-۵ با ۳۱/۸٪ و کمترین فراوانی مربوط به طبقه نمره‌های ۲۰-۱۶ با ۶٪ می‌باشد. نتایج نشان می‌دهد که هر چه بر میزان نمره‌ها افزوده شده، فراوانی مراجعین به روانپزشک نیز افزایش یافته است. در جدول ۳ فراوانی مطلق و نسبی نمره‌های افراد مورد بررسی ارائه شده است.

نشانه‌های دیده شده در افراد مورد بررسی نشان می‌دهند که بیشترین فراوانی مربوط به "احساس ناتوانی در ایفای نقش مفید در زندگی" با ۷۲٪ و کمترین فراوانی مربوط به افکار خودکشی با ۲۶/۵٪ می‌باشد. در بررسی

شیوع مربوط به روانپزشک با ۸۰٪ بود. پس از روانپزشک به ترتیب پزشک داخلی با ۴۸٪، پزشک عمومی با ۴۳٪ و پزشک مغز و اعصاب با ۳۳٪ قرار دارند. با کنار گذاشتن نتایج مراجعین به مطب روانپزشک، میزان شیوع به ۴۱/۳٪ کاهش می‌یابد. بررسی میزان شیوع بر حسب جنس نشان می‌دهد که ۷۷/۸٪ مردان مراجعه کننده به مطب روانپزشکان، ۵۷/۸٪ از مراجعین مرد به پزشکان عمومی، ۴۳/۵٪ از مراجعین مرد به پزشکان داخلی و ۲۱/۷٪ از مراجعین مرد به پزشکان مغز و اعصاب دارای مشکلات روانشناختی و روانپزشکی بوده‌اند. همچنین بیماری‌های روانی در ۸۱/۸٪ از زنان مراجعه کننده به مطب روانپزشکان ۵۱/۹٪ از زنان مراجعه کننده به مطب پزشکان داخلی، ۴۲/۶٪ از مراجعین زن به پزشکان مغز و اعصاب و ۳۷/۸٪ از مراجعین به پزشکان عمومی نیز

جدول ۲- میزان شیوع اختلالات روانی در نمونه مورد بررسی بر اساس پرسشنامه SRQ-۲۰ بر حسب جنس و محل مراجعه

| محل مراجعه | جنسیت | | مرد | | زن | | کل | |
|------------------|-------|------|---------|------|---------|-------|------|---------|
| | نمونه | درصد | فراوانی | درصد | فراوانی | نمونه | درصد | فراوانی |
| پزشک عمومی | ۲۶ | ۵۷/۷ | ۱۵ | ۳۷/۸ | ۲۸ | ۷۳ | ۲۳ | ۳۳ |
| پزشک داخلی | ۳۶ | ۳۳/۵ | ۲۰ | ۵۱/۹ | ۲۸ | ۵۴ | ۲۸ | ۳۸ |
| پزشک مغز و اعصاب | ۳۶ | ۲۱/۷ | ۱۰ | ۲۲/۶ | ۲۳ | ۵۳ | ۲۳ | ۳۳ |
| روانپزشک | ۳۵ | ۷۷/۸ | ۳۵ | ۸۱/۸ | ۳۵ | ۵۵ | ۸۰ | ۸۰ |
| کل | ۱۶۳ | ۳۹/۱ | ۸۰ | ۵۲/۳ | ۱۲۳ | ۲۳۷ | ۲۰۳ | ۵۱ |

جدول ۳- توزیع فراوانی مطلق و نسبی نمره‌های افراد مورد بررسی بر اساس آزمون SRQ-۲۰ و بر حسب محل مراجعه

| طبقه نمره‌ها | محل مراجعه | | پزشک عمومی | | پزشک داخلی | | پزشک مغز و اعصاب | | روانپزشک | | کل | |
|--------------|------------|------|------------|------|------------|------|------------------|------|----------|------|---------|------|
| | فراوانی | درصد | فراوانی | درصد | فراوانی | درصد | فراوانی | درصد | فراوانی | درصد | فراوانی | درصد |
| ۰-۳ | ۱۹ | ۳/۸ | ۱۶ | ۶/۵ | ۳ | ۲۶ | ۸ | ۲ | ۶۹ | ۱۷/۳ | ۲ | ۸ |
| ۵-۷ | ۳۸ | ۹/۵ | ۳۶ | ۱۰/۳ | ۹ | ۴۱ | ۱۲ | ۳ | ۱۲۷ | ۳۱/۸ | ۳ | ۱۲ |
| ۸-۱۱ | ۲۰ | ۵ | ۲۱ | ۵/۳ | ۵/۳ | ۲۲ | ۲۳ | ۶ | ۸۷ | ۲۱/۸ | ۶ | ۲۳ |
| ۱۲-۱۵ | ۲۱ | ۵/۳ | ۱۹ | ۳/۸ | ۳/۸ | ۱۰ | ۲/۵ | ۳۳ | ۹۳ | ۲۳/۱ | ۱۰/۸ | ۳۳ |
| ۱۶-۲۰ | ۲ | ۰/۵ | ۸ | ۰/۲۵ | ۲ | ۱ | ۱۳ | ۳/۳ | ۲۳ | ۶ | ۳/۳ | ۱۳ |
| کل | ۱۰۰ | ۲۵ | ۸۰ | ۲۵ | ۲۵ | ۱۰۰ | ۲۵ | ۲۵ | ۳۰۰ | ۱۰۰ | ۲۵ | ۱۰۰ |

محل مراجعه، بیشترین فراوانی مربوطه به مراجعین به پزشک عمومی در رابطه با "احساس ناتوانی در ایفای نقش مفید در زندگی" با ۸۶٪ می باشد. پزشک داخلی و پزشک مغز و اعصاب هر کدام با ۷۹٪ و روانپزشک با ۴۴٪ در رده های بعدی قرار دارند. در مراجعین به روانپزشک "عصبانیت و تنش" با ۸۵٪ بیشترین فراوانی را داشته و سردرد، اغتشاش فکر و احساس خستگی، بترتیب با

۷۸٪، ۷۵٪ و ۷۴٪ در رده های بعدی قرار داشتند. این بررسی نشان داد که بیشترین فراوانی در رابطه با افکار خودکشی مربوط به مراجعین به پزشک عمومی (۳۸٪) می باشد و مراجعین به روانپزشک با فراوانی ۲۶٪، پزشک مغز و اعصاب ۲۲٪ و پزشک داخلی ۲۰٪ در رده های بعدی قرار دارند. جدول ۴ فراوانی نسبی پاسخ افراد مورد بررسی به پرسشهای پرسشنامه SRQ-۲۰ را بر

جدول ۴- توزیع فراوانی نسبی پاسخ افراد مورد بررسی به پرسشهای آزمون SRQ-۲۰ بر حسب مقیاسها و محل مراجعه

| مقیاسها | منبع مراجعه | پزشک عمومی % | پزشک داخلی % | پزشک مغز و اعصاب % | روانپزشک % | کل % |
|--------------------------------------------|-------------|--------------|--------------|--------------------|------------|------|
| نشانه های بدنی | | | | | | |
| سردرد | ۵۸ | ۶۸ | ۵۵ | ۷۸ | ۶۴/۸ | |
| بی اشتها | ۳۲ | ۳۰ | ۳۳ | ۴۱ | ۳۴ | |
| سوء هاضمه | ۲۹ | ۲۶ | ۲۴ | ۳۹ | ۲۹/۵ | |
| احساس ناراحتی در شکم | ۴۳ | ۴۴ | ۳۰ | ۶۹ | ۴۶/۵ | |
| نشانه های اضطراب | | | | | | |
| بی خوابی | ۳۶ | ۳۹ | ۴۵ | ۵۲ | ۴۳ | |
| ترس و هراس | ۴۱ | ۳۵ | ۳۲ | ۵۰ | ۳۹/۵ | |
| لرزش دستها | ۲۳ | ۳۰ | ۳۵ | ۶۸ | ۳۹ | |
| عصبانیت و تنش | ۴۱ | ۵۲ | ۵۲ | ۸۵ | ۵۷/۵ | |
| اغتشاش فکر | ۴۴ | ۵۶ | ۴۵ | ۷۵ | ۵۵ | |
| کارکرد اجتماعی | | | | | | |
| ناتوانی در تصمیم گیری | ۴۱ | ۵۱ | ۳۹ | ۵۱ | ۴۵/۵ | |
| عدم لذت از فعالیتهای روزمره | ۶۶ | ۵۳ | ۶۱ | ۴۹ | ۵۷/۳ | |
| رنج بردن از کار روزانه | ۲۹ | ۴۸ | ۳۳ | ۲۸ | ۳۴/۵ | |
| احساس ناتوانی برای ایفای نقش مفید در زندگی | ۸۶ | ۷۹ | ۷۹ | ۴۴ | ۷۲ | |
| احساس خستگی | ۶۰ | ۷۲ | ۴۹ | ۷۴ | ۶۳/۸ | |
| زودخسته شدن | ۶۰ | ۵۵ | ۴۵ | ۶۳ | ۵۵/۸ | |
| نشانه های افسردگی | | | | | | |
| غم و ناخشنودی | ۵۱ | ۵۹ | ۴۳ | ۷۳ | ۵۶/۵ | |
| گریه کردن | ۳۱ | ۳۲ | ۱۳ | ۳۹ | ۲۸/۵ | |
| عدم علاقه به زندگی | ۴۷ | ۵۱ | ۲۶ | ۷۳ | ۴۹/۳ | |
| احساس بی ارزشی | ۲۸ | ۲۸ | ۲۰ | ۵۲ | ۴۲ | |
| افکار خودکشی | ۳۸ | ۲۰ | ۲۲ | ۲۶ | ۲۶/۵ | |

حسب مقیاس‌ها و محل مراجعه نشان می‌دهد.

بحث در یافته‌ها

نخستین بررسی درباره میزان و علل مراجعه بیماران روانی به پزشکان غیر روانپزشک در کشور توسط داویدیان (۱۳۵۰) انجام شده است. در پژوهش یاد شده یکی از علل مهم مراجعه بیماران به پزشکان عمومی وجود شکایتهای بدنی دانسته شده است که با یافته‌های پژوهش حاضر همخوانی دارد. افزون بر آن یافته‌های بررسی حاضر نشان می‌دهد که اختلال در کارکرد اجتماعی مهمترین عامل مراجعه بیماران روانی به پزشکان غیر روانپزشک بوده است. به نظر می‌رسد آگاهی همگانی درباره ارتباط کارکرد و اختلالات روانی بسیار کم است و ضرورت دارد در آموزشهای بهداشت روانی تأکید بیشتری بر آن شود.

در پژوهش مانیم^(۱) (۱۹۹۴) که با استفاده از GHQ-۳۰ در مراکز بهداشتی - درمانی مالزی انجام شده، میزان شیوع اختلالات روانپزشکی ۲۹/۹٪ بوده است. همچنین پژوهش استفانسون^(۳) و سونسون^(۴) (۱۹۹۴) در دو مرکز مراقبتهای بهداشتی اولیه در استکهلم^(۵) که با استفاده از HSCL-۲۵^(۶) انجام شده میزان کلی شیوع ۲۷٪ بوده است. جوکاما^(۷) و همکاران (۱۹۹۵) با استفاده از ابزار مشابه میزان کلی شیوع را ۲۵٪ گزارش نموده‌اند. در بررسی لیندن^(۸) و همکاران (۱۹۹۶) میزان شیوع اختلالات روانی در پزشکی عمومی در آلمان ۲۰/۹٪ بوده است. در بررسی حاضر میزان شیوع بدون محاسبه مراجعین به روانپزشک ۴۱/۳٪ بوده است که از بررسیهای یاد شده بیشتر است. شاید گوناگونی ابزار پژوهش، تفاوت‌های فرهنگی - اجتماعی و نظامهای متفاوت بهداشتی را بتوان دلیل این تفاوت دانست.

در بررسی ویچ و همکاران (۱۹۹۷) در یک مرکز مراقبتهای بهداشتی اولیه در جنوب لندن میزان شیوع اختلالات غیر پسیکوتیک ۴۵/۶٪ برآورد گردید. پاتل^(۹)

و مان^(۱۰) (۱۹۹۷) میزان شیوع اختلالات روانی را در یک مرکز مراقبتهای بهداشتی اولیه و یک درمانگاه سنتی در هراره (زیمبابوه) با استفاده از پرسشنامه SSQ^(۱۱) ۵۲٪ گزارش نموده‌اند، که نتایج هر دو بررسی از نتایج پژوهش حاضر بیشتر است.

یافته‌های پژوهش حاضر نتایج بررسی فونگ ساوان و همکاران (۱۹۹۵) پیرامون ضرورت افزایش سطح علمی پزشکان غیر روانپزشک را درباره اختلالات روانی تأیید نمود.

از نتایج دیگر پژوهش، شیوع بالای اختلالات غیر روان پرسی در مراجعه کنندگان به پزشکان غیر روانپزشک بود و یافته‌های پژوهش ویرر^(۱۲) (۱۹۹۶) را تأیید می‌کند. وی باور دارد که بیش از ۷۰٪ از افراد مبتلا به اسکیزوفرنیا و سایر اختلالات روان پرسی توسط پزشکان عمومی شناسایی و ارجاع می‌شوند، اما این میزان در رابطه با اختلالات روان نژندی بسیار اندک است.

نتایج پژوهش نشان داد که میزان شیوع افکار خودکشی در مراجعین به پزشکان عمومی ۳۸٪ است و نتایج پژوهش سکویرز و گورمن (۱۹۹۶) مبنی بر شیوع بالای خودکشی در مراجعین به پزشکان عمومی را مورد تأیید قرار داد.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که نشانه‌های بدنی در مراجعین به روانپزشک بسیار شایع است و احتمال اینکه شماری از بیماران، به بیماریهای جسمی مبتلا باشند وجود دارد، و نتایج بررسی تورکسون (۱۹۹۶) را مورد تأیید قرار

1-Maniam

2-General Health Questionnaire-30

3-Stefansson

4-Sevensson

5-Stockholm

6-Hopkins Symptom Checklist-25

7-Joukamaa

8-Linden

9-Patel

10-Mann

11-Shona Symptom Questionnaire

12-Weyerer

داده و ضرورت همکاری و ارتباط بین تیمهای پزشکی را مطرح می‌سازد.

این پژوهش نشان داد که با افزایش نمره‌های افراد مورد بررسی در پرسشنامه SRQ-20 به شمار مراجعین به روانپزشک نیز افزوده شده است. به بیان دیگر بیماران هنگامی به روانپزشک مراجعه می‌کنند که بیماری گسترش یافته و یا مزمن شده باشد که در تأیید یافته‌های پژوهشهای کننریک و همکاران (۱۹۹۴) و نازارت و همکاران (۱۹۹۵) بود.

یکی از نگرانیهای مهم برخی از روانپزشکان که موجب گردید از همکاری با برنامه ادغام بهداشت روانی در نظام شبکه خودداری کنند، احتمال کاهش مراجعین به مراکز روانپزشکی بود. اما همانطور که پژوهش کورنی^(۱) (۱۹۹۶) در بررسی انگلستان و ولز نشان داد، آموزش پزشکان عمومی موجب افزایش ارجاع بیماران به مراکز روانپزشکی می‌گردد.

کوتاه سخن یافته‌های این پژوهش نشان داد که بسیاری از بیماران روانی را پزشکان غیر روانپزشک تحت درمان قرار می‌دهند، تنها روش درمانی نیز درمان دارویی بوده و متناسب با نیازهای بیماران نیست. با توجه به نگرش مردم و کمبود امکانات، مراکز روانپزشکی موجود توانایی پاسخگویی به نیازهای همه بیماران روانی را ندارند. از این رو ارائه آموزشهای مناسب به پزشکان غیر روانپزشک به ویژه در امور مشاوره و مهارتهای تشخیصی، ضروری بنظر می‌رسد.

سپاسگزاری

لازم می‌دانیم از جناب آقای مهندس رحمان رحمانی که در تجزیه و تحلیل داده‌ها نهایت همکاری را داشتند سپاسگزاری نمائیم.

منابع

پالانگ، حسن؛ اسداللهی، قریانعلی؛ زاهدی، محمد رضا و

صحت، انسانه (۱۳۷۵). *ارزیابی اعتبار و پایایی پرسشنامه SRQ-20 در شهر شهرکرد (پژوهش منتشر نشده)*.

داویدیان، هاراطون (۱۳۵۰). میزان و علل مراجعه بیماران روانی به طبای غیر روانپزشک. *مجله تازه‌های روانپزشکی*، شماره سوم، صص ۱۳۳-۱۲۲.

سارتریوس، نرمان (۱۳۷۲). *برنامه‌های بهداشت روانی: مفاهیم و اصول*. ترجمه: داود شاه محمدی، حسن پالانگ و نور... یعقوبی. تهران: انتشارات مجمع علمی فرهنگی مجد. لوانگ، ک. و لمشا، س. (۱۳۷۱). تعیین حجم نمونه در *مطالعات بهداشتی*. ترجمه: کاظم محمد و سید حسن صانعی. تهران: انتشارات معاونت پژوهشی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.

Corney, R. H. (1996). Links between mental health care professionals and general practice in England and Wales. *British Journal of General Practice*, 46, 221-224.

Faloon, I. R., Ng, B., Bensemman, C., & Kydd, R.R. (1996). The role of general practitioners in mental health care: a survey of needs and problems. *New Zealand Medical Journal*, 109, 34-6.

Harding, T. W., De Arango, M. V., Baltazar, J., & Climent, C. E. (1980). Mental disorders in primary health care: a study of their frequency and diagnosis in four developing countries. *Psychological Medicine*, 10, 231-241.

Joukamaa, M., Lehtinen, V., & Karlsson, H. (1995). The ability of general practitioners to detect mental disorders in primary health care. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 91, 52-56.

- Kendrick, T., Burns, T., Freeling, P., & Sibbald, B. (1994). Provision of care to general practice patients with disabling long - term mental illness: a survey in 16 practices. *British Journal of General Practice*, 44, 301-305.
- Kerwick, S., Jones, R., Mann, A., & Goldberg, D. (1997). Mental health care training priorities in general practice. *British Journal of General Practice*, 47, 225-227.
- Linden, M., Maier, W., Achberger, M., Herr, R., Helmchen, H., & Benkert, O. (1996). Psychiatric diseases and their treatment in general practice in Germany: results of a World Health Organization study. *Nervenarzt*, 67, 205-215.
- Lloyd, K. R., Jenkins, R., & Mann, A. (1996). Long-term outcome of patients with neurotic illness in general practice. *British Medical Journal*, 313, 26-28.
- Maniam, T. (1994). Psychiatric morbidity in an urban general practice. *Medical Journal of Malaysia*, 49, 242-246.
- Nazareth, I., King, M., & Davies, S. (1995). Care of schizophrenia in general practice. the general practitioner and the patient. *British Journal of General Practice*, 45, 343-347.
- Niemi, S. M., Levoska, S., Rekola, K. E., & Keinänen - Kiukaanniemi, S. M. (1997). Neck and shoulder symptoms of high school students and associated psychosocial factors. *Journal of Adolescence Health*, 20, 238-242.
- Patel, V., & Mann, A. (1997). Etic and emic criteria for non-psychotic mental disorder: a study of the CISR and care provider assessment in Harare. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 32, 84-89.
- Penayo, U., Kullgren, G., & Caldera, T. (1990). Mental disorders among primary health care patient in Nicaragua. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 82, 82-85.
- Phongsavan, P., Ward, J. E., Oldenburg, B. F., & Gordon, J. J. (1995). Mental health care practices and educational needs of general practitioners. *Medical Journal of Australia*, 162, 139-142.
- Squires, T., & Gorman, D. (1996). Suicide by young men in Lothian 1993-1994. *Health Bulletin of Edinburgh*, 54, 458-466.
- Stefansson, C. G., & Svensson, C. (1994). Identified and unidentified mental illness in primary health care: social characteristics, medical measures and total care utilization during one year. *Scandinavica Journal of Primary Health care*, 12, 24-31.
- Turkson, S. N. (1996). Psychiatric disorder among adolescents attending a psychiatric out - patient clinic in Accra, Ghana: a seven year review study. *West Africa Journal of Medicine*, 15, 31-35.
- Weich, S., Lewis, G., Donmall, R., & Mann, A. (1995). Somatic presentation of psychiatric morbidity in general practice. *British Journal of General Practice*, 45, 143-147.
- Weich, S., Churchill, R., Lewis, G., & Mann, A. (1997). Do socio - economic risk factor predict the incidence and maintenance of psychiatric disorder in primary care? *Psychological Medicine*, 27, 73-80.
- Wessely, S. (1996). The rise of counselling and the return of alienism. *British Medical Journal*, 313: 158-160.
- Weyerer, S. (1996). Detection of psychiatric diseases in general practice: result from Germany. *Gesundheitswesen*, 58(1 suppl), 68-71.